

Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia

M. Carmen Terol, Sofía López-Roig, Jesús Rodríguez-Marín, M. Angeles Pastor, María Mora, Maite Martín-Aragón, José Ignacio Leyda-Menéndez, M. Carmen Neipp y José Lizón*

Universidad "Miguel Hernández"
*Unidad de Oncología. Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante

Resumen: El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psicosociales que afectan a la calidad de vida del paciente. El objetivo de este trabajo es evaluar y comparar la calidad de vida y el Estado emocional, (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos de su enfermedad, al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia. Los resultados mostraron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí y con la depresión. Sólo la Condición Física se diferenciaba significativamente entre las fases de estudio. En ambas fases, los Síntomas de Enfermedad, y el Impacto Económico se asociaron, bien con la ansiedad o con la depresión. El Impacto Social se relacionó con la depresión y la ansiedad en la primera fase, y la Discapacidad funcional con la Calidad de vida global, en la segunda.

Palabras clave: Calidad de vida, Cáncer, Quimioterapia, Tratamiento

Title: Differences in quality of life: Longitudinal study with cancer patients receiving chemotherapy treatment.

Abstract: The diagnosis and treatment of cancer causes several psychological and social responses which affect patient's quality of life. Quality of life is a multidimensional construct including functional ability, symptoms from disease and treatment, social and psychological dimensions. In this study we assess the quality of life and anxiety and depression of cancer patients group receiving chemotherapy. 21 patients were interviewed twice. We collected information when they started the treatment and when they were finished it. The Physical condition was associated with the Global Quality of Life, and both with depression. Significant differences appeared in Physical Condition between phase 1 and 2 in this study. Symptoms of Disease and Economical Impact were associated with anxiety or with depression in both phases of this study. Social Impact correlated to depression and anxiety in phase 1, and Functional Disability with global Quality of Life in phase 2.

Key words: Cancer, Quality of life, Chemotherapy, Treatment.

1. Introducción

El impacto del diagnóstico pronóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultades laborales, y sentimientos de soledad, forman parte de los problemas que los pacientes oncológicos refieren con mayor frecuencia

(Leinster, 1994 ; Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schemale A. M *et al.* 1983 ; Holland, 1989; Tross, Holland 1989; Spiegel, 1990; Maher, Mackenzie, Young y Marks, 1996). Es así que, en la actualidad se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora que conjuntamente valore resultados clínicos y psicosociales. Esta nueva perspectiva basada en la atención integral al paciente de cáncer ha propiciado el desarrollo y la investigación de una de las áreas de especial interés en Oncología; la calidad de vida.

El término "calidad de vida" aunque ha sido ampliamente utilizado sigue adscrito a una gran diversidad conceptual y operativa. Así, ésta se evalúa como un índice global que atiende básicamente a la capacidad funcional del paciente, y de la que informan observadores externos, por ejemplo, los profesionales de la oncología

Dirección para correspondencia: M. Carmen Terol Cantero. Dpto. Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad "Miguel Hernández". Campus de San Juan. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87. 03550. San Juan. Alicante (España).
E-mail: macarmen@umh.es

(Karnofsky y Burchenal, 1949). Mientras que desde otra perspectiva, la calidad de vida se define como un constructo multidimensional y de carácter subjetivo (Stewart *et al.*; 1981; Aaronson; 1989; Hays y Stewart; 1990). A pesar de que el debate acerca del modo más exacto de definir e interpretar la calidad de vida sigue vigente, existe acuerdo en cuánto a que este constructo debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro lado, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y como el paciente los percibe (Winer, 1994; Weitzner y Meyers, 1997; Broadhead *et al.*; 1998). De tal modo que, en la mayoría de investigaciones se han venido contemplando cuatro áreas de evaluación de la calidad de vida con las que valorar el impacto que la enfermedad oncológica en general y/o los diferentes tratamientos del cáncer producen: capacidad funcional, síntomas de enfermedad y tratamiento, y funcionamiento social y psicológico (Spitzer, Dobson, Hall, Chesterman, Levi, Sheperd, Battista y Catchlove, 1981; Ware, 1987; De Haes y Van Knippenberg, 1986; Aaronson, 1988; Gilbar, 1991; Leitgeb, Perchestorfer, Fritz y Ludwig, 1994; Font, 1994; Wan *et al.*; 1997; Weitzner y Meyers, 1997; Bloom *et al.*; 1998; Broadhead *et al.*; 1998; Zittoun, 1999).

Desde este nuevo enfoque, el concepto de calidad de vida ha sido utilizado especialmente en el debate sobre los objetivos de los tratamientos, los cuales suelen ser tremendamente agresivos (Rodríguez-Marín, 1995). Recoger información sobre el impacto físico, psicológico y social que éstos producen es uno de los propósitos en las investigaciones sobre calidad de vida. Se añade así, a los criterios de efectividad clínica de un tratamiento, considerar el impacto psicosocial que éste causa como un aspecto más a la hora de proponer su administración. De este modo, la evaluación de la calidad de vida ha venido a formar parte de las pautas de actuación clínica y de las decisiones terapéuticas en cuánto a la administración de uno u otro tratamiento (Winer; 1994; Broadhead *et al.*; 1998; Zittoun *et al.*; 1999). En este sentido, hoy en día, un gran número de investigaciones en este área se ocupan de establecer diferencias en la calidad

de vida en función de uno u otro tipo de tratamiento, del protocolo o procedimiento de administración (continuo o intermitente), y de los costes y beneficios en relación a su efectividad clínica (remisión de la enfermedad, supervivencia) (Crucitt *et al.*, 1996; Mekar *et al.*, 1997; Wellisch *et al.*, 1996; Hammerlid *et al.*, 1997; Huguenin *et al.*, 1998; Maurer *et al.*, 1998; Sauer *et al.*, 1998)

Aunque una gran mayoría de investigadores se han centrado en cómo medir la calidad de vida y cuando, o de aportar información del impacto diferencial de uno u otro tipo de tratamiento, sigue siendo necesario prestar mayor atención al impacto que la enfermedad y el tratamiento producen, y atender a la variabilidad clínica o a situaciones específicas donde ésta sea objeto de estudio (de Haes, 1985, Bloom *et al.*; 1996). En este sentido, algunas cuestiones de interés en el área de estudio sobre la calidad de vida siguen pendientes. Por ejemplo, evaluar este constructo, durante etapas críticas y a través del proceso de enfermedad oncológica (administración de la quimioterapia, fases avanzadas de enfermedad, seguimiento, entre otras), determinar la relación que existe entre las diferentes áreas que definen el constructo de calidad de vida, valorar el grado de impacto diferencial en cada una de ellas, o establecer diferencias entre pacientes de distintas patologías y características de enfermedad (Muthny *et al.*, 1990, Winer, 1994, Zittoun *et al.*, 1999). Abundar en estos aspectos de la calidad de vida permitirá delimitar con mayor precisión las áreas psicosociales más afectadas en el caso del paciente de cáncer y en relación a las diferentes fases de enfermedad, así como, aportar información a los profesionales de la salud acerca del impacto de los tratamientos administrados. Todo ello, finalmente, hacía un objetivo común que consiste en combinar pautas clínicas e intervenciones psicosociales específicas que permitan incrementar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Con este trabajo, pretendemos aportar información acerca de dos aspectos de la investigación actual en éste área: 1) evaluar y comparar el impacto del tratamiento de quimioterapia en la calidad de vida de un grupo de pacientes en dos momentos: al inicio

y en la fase final del tratamiento, y 2) identificar el tipo de relaciones que se establecen entre las diferentes dimensiones de calidad de vida evaluadas e índices globales de condición física y calidad de vida percibida por el paciente.

2. Metodo

2.1. Sujetos

Entrevistamos a 21 pacientes oncológicos que eran atendidos en consultas de Hospital de día, en el Hospital Universitario de S. Juan de Alicante. La selección de los sujetos fue realizada por el personal de Hospital de Día según los siguientes criterios:

- Pacientes oncológicos ya diagnosticados. Iniciando actualmente el tratamiento de quimioterapia y con un nº de ciclos programados de tratamiento de al menos seis meses.
- Sin antecedentes psiquiátricos ni metástasis cerebrales.
- Libres de cualquier otra patología que pudiera interferir en el registro de síntomas de la enfermedad oncológica y tratamiento/s.

De la muestra estudiada, un 47.6% eran hombres y un 52.4% mujeres. El rango de edad oscila entre 27 y 77 años. La media de edad era de 55.95 años (dt: 14.99). La mayoría de sujetos estaban casados (76.2%). En cuanto al nivel educativo, un 66.7% ocupan los niveles más bajos (leer y escribir y E.G.B. o similar), un 33.3% se distribuye en el resto de niveles (14.3% B.U.P., F.P. o similar; 9.5% Titulados medios; 9.5% Titulados Superiores).

Respecto de las variables de Historia Clínica, un 45% de los sujetos eran mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, y un 40% eran sujetos diagnosticados de Cáncer de Pulmón. El resto (15%) eran pacientes con otro tipo de patologías oncológicas. En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, éste era inferior a dos años y para la mayoría de los pacientes (83%) era igual o menor

a tres meses. Todos los sujetos estaban recibiendo tratamiento intensivo de Quimioterapia. Del total de sujetos un 55.0% había sufrido algún tipo de intervención quirúrgica. Con respecto a la situación actual, un 39.9% se sitúa en la categoría de "Tratamiento adyuvante", un 5.6% en la de "Respuesta completa" ante el tratamiento, y un 10.1% en la de "Respuesta parcial". En un 44.4% del total de pacientes la respuesta de la enfermedad al tratamiento no era valorable. La evaluación del médico en cuanto al pronóstico sitúa a un 44.4% de los sujetos como "Potencialmente curables", a un 33.3% en "Supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral", un 16.7% en "Tratamiento Paliativo". En un 5.6% de los sujetos el pronóstico no era valorable. En cuanto al índice de Karnofsky, un 64.7% obtiene puntuaciones entre 90 y 100, y un 35.3% las obtiene entre 60 y 80, siendo el valor máximo 100 y el mínimo 60 (R:0-100).

2.2. Instrumentos y variables

- *Cuestionario de Datos Sociodemográficos*, con el que registramos la edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral y nivel educativo.
- *Cuestionario de Variables de Historia Clínica*, donde se recoge información sobre:
 - Diagnóstico, estadio, y tiempo desde el diagnóstico en meses.
 - Tipo/s de tratamiento/s actuales: Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia y Otros.
 - Situación actual: Respuesta de la enfermedad ante el tratamiento: "No valorable", "Tratamiento adyuvante", "Respuesta Completa", "Respuesta Parcial" y "En Progresión".
 - Valoración de la gravedad: utilizamos el índice de Karnofsky (Karnofsky *et al.*, 1949). Este índice estima la capacidad funcional del paciente en una escala de 0-100 (0= fallecimiento y 100=desarrollo normal de sus capacidades).

- Pronóstico: el médico valora las posibilidades de curación o supervivencia del paciente a través de tres categorías: "Potencialmente curable", "Supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral" y "Supervivencia no prolongable. Tratamiento paliativo".
- *Cuestionario de Ansiedad y Depresión* (H.A.D. Zigmond, 1983). Consta de 14 ítems, 7 de ellos evalúan ansiedad y 7 depresión. El sujeto debe responder a cada una de las cuestiones según una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Los propios autores tradujeron los ítems a diversos idiomas. La adecuación de los mismos para población española, así como el análisis de fiabilidad y validez del instrumento se llevó a cabo con diferentes muestras, incluyendo enfermos físicos, pacientes psiquiátricos y población general (Tejero y Pociello, 1986; Ibañez y Caro, 1992; Terol *et al.* 1997). La consistencia interna de sus subescalas oscila en torno a .70 (Tejero y Pociello, 1986; Terol *et al.* 1997) y los resultados respecto de su validez, se confirman a través de la estabilidad de su estructura factorial, de sus correlaciones con otros instrumentos de ansiedad y depresión, y de sus índices de sensibilidad y especificidad en cada una de sus subescalas de ansiedad y depresión, respectivamente (Tejero y Pociello, 1986; Ibañez y Caro, 1992; Terol *et al.* 1997).
- *Cuestionario de Calidad de Vida*. Adaptado a partir de las revisiones de otros cuestionarios de calidad de vida (Aronson *et al.*, 1988 y Toledo *et al.*, 1993), a muestra española por Terol *et al.* (1997). Los ítems del cuestionario original se tradujeron mediante un procedimiento interjueces contrastado con sujetos bilingües. Se recabó información de los profesionales de la unidad de Oncología del Hospital Universitario de S. Juan, para asegurarnos de la representatividad de los ítems respecto de los síntomas de la muestra de estudio. Como resultado, decidimos añadir

algunos ítems de la versión adaptada del EORTC para mujeres con cáncer de mama (Toledo *et al.*, 1993) y cambiar la estructura general del mismo. El cuestionario finalmente incluye, por un lado 47 ítems que evalúan: Discapacidad Funcional, Síntomas de enfermedad y tratamiento, Impacto Social, e Impacto Económico. En cada ítem el sujeto puntúa, mediante una escala Likert de 4 puntos (1= Nada , y 4=Mucho) el grado de molestia que producía el ítem en cuestión. Se contemplaban para la valoración final de cada factor sólo los ítems que representaban los síntomas que padecía, y se excluían aquéllos a los que el paciente respondía que "No le pasaba", y los que no se le podían aplicar, es decir los que respondía "No procede". Además, incluye dos escalas numéricas de 1 a 10 en las que el paciente puntúa cómo percibe su Condición Física Global y su Calidad de Vida Global, siendo 1= Muy pobre ; 10= Excelente. Es decir, en este caso los valores más elevados indican mejor condición física y mejor calidad de vida percibidas. Exceptuando el factor de "Impacto Económico" constituido por un solo ítem, los resultados del análisis de consistencia interna de cada uno de los factores del cuestionario fueron satisfactorios obteniéndose índices mayores o iguales a .73. Además, la valoración de la capacidad funcional realizada por el médico utilizando el índice de Karnofsky correlacionó en el sentido esperado con la percepción del paciente sobre su "Discapacidad Funcional" ($r=.48$, $p\leq .01$) (Terol y cols.; 1997).

2.3. Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo siguiendo unas pautas estandarizadas: primer contacto con el paciente y presentación del entrevistador; explicación de los objetivos de estudio asegurando el anonimato; invitación a la participación voluntaria y aplicación de los instrumentos. Los pacientes fueron entrevistados en dos ocasiones. El primer pase (Fase 1) se llevó a cabo durante los primeros ciclos de su tratamiento. En este

caso, el orden de aplicación de los instrumentos era el siguiente: Cuestionario de Datos Sociodemográficos, seguido del de Calidad de Vida y el de Ansiedad y Depresión. En un segundo pase, (Fase 2) se administró sólo el cuestionario de Calidad de Vida y de Ansiedad y Depresión, cuando el paciente estaba recibiendo sus últimos ciclos. Del total de 28 sujetos con los que se mantuvo contacto, 2 (7.1%) fallecieron antes de la segunda entrevista, y 5 pacientes (17.9%) fueron excluidos del estudio por diversas causas (traslado a otro hospital, estado muy avanzado de la enfermedad, renuncia del paciente a realizar la segunda entrevista).

La hoja de Historia Clínica era cumplimentada por el oncólogo a cargo del paciente. La información recogida en las Historias Clínicas sólo se conocía después del que paciente hubiera sido entrevistado. Así se evitaba que el conocer algunas de estas variables (pronóstico, situación actual etc.) pudiera introducir cambios en la actitud del entrevistador hacia el paciente.

2.4. Tratamiento y análisis estadísticos de los datos

Las puntuaciones directas de cada uno de los instrumentos utilizados se ponderaron de 0 a 100 considerándose el 0 como el valor mínimo y 100 el máximo; es decir, a puntuaciones más elevadas, mayor deterioro, síntomas o impacto respecto de la calidad de vida, o mayores niveles de ansiedad o depresión. Esta ponderación se ha realizado para las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de ansiedad y depresión, así como para cada uno de los factores del cuestionario de calidad de vida exceptuando, las puntuaciones globales de condición física y calidad de vida. En el caso de la ansiedad y la depresión, la puntuación directa obtenida por el sujeto, en cada subescala se dividía por la puntuación máxima posible en un ítem multi-

plicado por el total de ítems, y el resultado se multiplicaba por cien. Para cada uno de los factores de calidad de vida, la escala de respuesta se transformó de 0 a 3, y la misma fórmula de ponderación descrita era aplicada, pero en este caso, sobre el número de ítems contestados por el sujeto puesto que podía variar en función la cantidad de síntomas que padecía. Así, obtuvimos una puntuación en cada factor que permitía equiparar la calidad de vida de los pacientes en función de la intensidad de sus síntomas no de la cantidad de ellos.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSSX-PC. El análisis descriptivo de las variables se hizo con el programa FRECUENCIAS. Las comparaciones entre pares de medias para la misma muestra evaluada en dos momentos, se llevó a cabo con la prueba T-TEST/PAIRS para muestras relacionadas. En el caso del análisis de relaciones entre las variables estudiadas utilizamos el programa CORRELATION.

3. Resultados

Las Tablas 1 y 2 muestran los datos descriptivos de las variables de Calidad de Vida y respuesta emocional en cada una de las fases del estudio. Se puede observar que el impacto social y los síntomas de enfermedad y tratamiento muestran puntuaciones relativamente más elevadas que el resto de factores de calidad de vida en ambas fases del estudio. En la segunda fase de estudio también la discapacidad funcional presenta puntuaciones elevadas. Por otro lado, los niveles de calidad de vida y condición física globales parecen satisfactorios en ambas fases del estudio, pues la media en ambos factores sobrepasa la puntuación de "5", en un rango de 1 a 10.

Tabla 1: Análisis descriptivo. Fase 1.

VARIABLES	M±DT	Min-Max.	Rango
DISCAPACIDAD FUNCIONAL	32.1±23.3	0-73	0-100
SINTOMAS DE ENF. Y TTO.	40.8±22.6	0-76	0-100
IMPACTO SOCIAL	41.5±32.9	17-100	0-100
IMPACTO ECONÓMICO	28.6±35.4	0-100	0-100
DEPRESIÓN	14.3±10.8	0-38	0-100
ANSIEDAD	28.6±19.9	0-81	0-100
CONDICIÓN FÍSICA GLOBAL	7.1±1.6	4-10	1-10
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	6.8±1.6	5-10	1-10

Min-Max = Valores mínimo y máximo, M=media ; Dt= Desviación típica.

Tabla 2: Análisis descriptivo. Fase 2.

VARIABLES	M±DT	Min-Max	Rango
DISCAPACIDAD FUNCIONAL	37.1±30.4	0-83	0-100
SINTOMAS DE ENF. y TTO.	46.0±18.5	11-72	0-100
IMPACTO SOCIAL	36.3±37.6	0-100	0-100
IMPACTO ECONÓMICO	22.2±38.4	0-100	0-100
DEPRESIÓN	17.7±15.8	0-48	0-100
ANSIEDAD	30.9±21.1	0-76	0-100
CONDICIÓN FÍSICA GLOBAL	5.8±2.0	1-10	1-10
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	6.2±2.5	1-10	1-10

Min-Max = Valores mínimo y máximo, M=media ; Dt= Desviación típica

Los resultados del análisis de diferencias no indican diferencias significativas entre los niveles de "Ansiedad", y "Depresión", que presentan los pacientes durante la primera fase de estudio, frente a los observados en la segunda fase. De igual modo, no aparecen diferencias entre los

niveles de "Calidad de vida global Percibida", ni entre el resto de factores entre ambas fases. Sin embargo, respecto de la variable "Condición Física Percibida" los pacientes se perciben físicamente peor en la segunda fase de este estudio ($t: 2.74, p: .01$) (Ver *Tabla 3*)

Tabla 3: Análisis de diferencias. Fase 1 y 2.

VARIABLES	FASE I (M±DT)	FASE II (M±DT)	T STUDENT
DISCAPACIDAD FUNCIONAL	32.1±23.3	37.1±30.4	-1.08
SINTOMAS DE ENF. y TTO.	40.8±22.6	46.0±18.5	-1.09
IMPACTO SOCIAL	41.5±32.9	36.3±37.6	.59
IMPACTO ECONÓMICO	28.6±35.4	22.2±38.4	.81
DEPRESIÓN	14.3±10.8	17.7±15.8	-1.04
ANSIEDAD	28.6±19.9	30.9±21.1	-.59
CONDICIÓN FÍSICA GLOBAL	7.1±1.6	5.8±2.0	2.74 **
CALIDAD DE VIDA GLOBAL	6.8±1.6	6.2±2.5	1.01

** $p \leq .01$. ; M=media ; Dt= Desviación típica

Por último, efectuamos un análisis de correlación entre las distintos áreas de evaluación de la calidad de vida. Entre los resultados significativos

destacan las relaciones negativas que presentan, por un lado, la "Calidad de Vida global" con los niveles de "Depresión" en la primera fase; y por

otro, la "Condición física percibida" y "Depresión" en la segunda fase. Los resultados mostraron, además que ambas medidas globales correlacionan entre sí en ambas fases (ver Tabla 4).

Tabla 4: Análisis de correlación. Variables de calidad de vida.

FASE 1		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA GLOBAL
		CALIDAD DE VIDA GLOBAL	-.15	-.43*
	CONDICIÓN FÍSICA GLOBAL	-.01	-.14	.53***
FASE 2		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA GLOBAL
		CALIDAD DE VIDA GLOBAL	-.01	-.41
	CONDICIÓN FÍSICA GLOBAL	.02	-.57**	.81***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Los resultados del análisis de correlación mostraron además, que los "Síntomas de enfermedad" el "Impacto económico" y el "Impacto social" se asociaron con aspectos emocionales de la calidad de vida. En particular, el "Impacto social" estuvo asociado con los niveles de "De-

presión" y "Ansiedad en nuestra primera fase de estudio mientras que, en la segunda fase, los "Síntomas de Enfermedad" y el "Impacto económico" aparecieron relacionados con la Ansiedad. Por último la "Discapacidad Funcional" se relacionó con la "Calidad de Vida" (ver Tabla 5).

Tabla 5: Análisis de correlación. Factores de calidad de vida.

FASE 1	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	COND. FÍSICA GLOBAL
DISCAPACIDAD FUNCIONAL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
SÍNTOMAS	n.s.	.47*	n.s.	n.s.
IMPACTO SOCIAL	.54**	.59**	n.s.	n.s.
IMPACTO ECONOMICO	n.s.	.53**	n.s.	n.s.
FASE 2	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	COND. FÍSICA GLOBAL
DISCAPACIDAD FUNCIONAL	n.s.	n.s.	-.61**	n.s.
SÍNTOMAS	.43*	n.s.	n.s.	n.s.
IMPACTO SOCIAL	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IMPACTO ECONOMICO	.43*	n.s.	n.s.	n.s.

n.s.= no significativa, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

4. Discusión

El grupo de pacientes estudiado percibe en términos generales que su condición física y su calidad de vida es aceptable, y refieren así,

puntuaciones que superan los niveles medios en los índices globales de calidad de vida. Tampoco manifiestan síntomas acusados o niveles de impacto importantes en las áreas específicas de calidad de vida. Sin embargo,

cabe mencionar que los pacientes consideraron en mayor medida que el funcionamiento físico, los síntomas de la enfermedad y tratamiento, y el impacto social fueron las áreas de calidad de vida más "afectadas" durante la administración del tratamiento. Estos resultados coinciden con los de otros trabajos en los que se subraya el impacto que la enfermedad y los tratamientos administrados producen no sólo en relación a la condición física o los síntomas, sino también, en otros aspectos psicosociales (Glanz *et al.*, 1992; Payne, 1992; Calais da Silva, 1993; Carnlith *et al.*, 1994; Zittoun, 1999;).

Cuando se compararon en dos momentos las dimensiones e índices globales de calidad de vida (ciclos iniciales y finales del tratamiento) los resultados muestran sensibles variaciones que deben ser consideradas. Así, el impacto económico y social resultaba ser más acusado durante las fases iniciales del tratamiento, mientras que, durante la etapa final de mismo los índices de discapacidad funcional, síntomas de enfermedad y tratamiento, e impacto emocional son más elevados. Además, y en términos globales, los pacientes perciben significativamente peor condición física durante la etapa final de su tratamiento. A pesar de ello, su calidad de vida global mantenía cierta estabilidad y el resto de aspectos de la calidad de vida no mostraron diferencias significativas entre los primeros y últimos ciclos de tratamiento. Podría estar ocurriendo que en términos generales, un leve empeoramiento en cuanto a síntomas de la enfermedad y el tratamiento, y discapacidad funcional sean percibidos por el paciente en términos globales y respecto de su condición física, aunque no se reflejen específicamente en cada uno de los factores de calidad de vida. Estos cambios en el estado emocional del paciente o en diferentes aspectos de su calidad de vida, aunque no significativos, se muestran también en otros trabajos de corte longitudinal en los que, igualmente, otros aspectos relacionados con síntomas o funcionalidad sí muestran diferencias más acentuadas (van Knippenberg, *et al.*; 1992; Zittoun *et al.*; 1999).

Por lo tanto, y de acuerdo con el primer objetivo de este trabajo, los resultados sugieren que durante la administración de un tratamiento intensivo de quimioterapia se producen determinados efectos sobre la calidad de vida que, por un lado, afectan diferencialmente a las áreas evaluadas y que además, por otro lado, durante el periodo que dura la administración del tratamiento pueden variar en cuánto a intensidad. Sin embargo, hasta este momento los resultados acerca de la dirección de éstos cambios a través del tiempo y en las diferentes áreas de calidad de vida presentan una gran variabilidad. Las diferencias en cuánto a las características de la enfermedad, tratamientos y metodología de evaluación dificultan la comparación de resultados y el extraer conclusiones más precisas. A modo de ejemplo, Zittoun *et al.*, (1999) evalúa longitudinalmente la calidad de vida de un grupo de pacientes de cáncer en tratamiento intensivo de quimioterapia, y muestra sensibles cambios que indican una mejoría en la condición física y la calidad de vida global, frente a un incremento de la Depresión y una disminución de la Ansiedad conforme se alarga el periodo de tratamiento. Si bien es cierto que en nuestro trabajo los niveles de Depresión también se incrementan en un segundo momento, además lo mismo ocurre con los niveles de ansiedad. Por el contrario, nuestros pacientes perciben peor condición física y síntomas de enfermedad y tratamiento en las fases finales del tratamiento. Esta falta de consistencia en cuánto a los cambios observados en las dimensiones e índices globales de la calidad de vida evaluada en pacientes oncológicos ya viene siendo referida en algunos trabajos de revisión sobre el tema (de Haes *et al.*, 1989). Así en la actualidad, persiste el interés en un mayor número de investigaciones que, además, se dirijan a desarrollar instrumentos más precisos para detectar dichos cambios y permitan contrastar resultados entre muestras cuyas características sean homogéneas.

En este trabajo, el segundo de nuestros objetivos era planteado conforme a un interés común en el área de estudio que nos ocupa: la

relación que mantienen las diferentes dimensiones de este constructo entre sí, así como, la que establecen con otras evaluaciones globales de la calidad de vida. En este sentido, encontramos que la condición física percibida se asocia con la calidad de vida en ambos momentos de la evaluación. Este resultado parece lógico y esperable en cuánto que podemos pensar que la condición física tiene un peso importante en la percepción que se hace de la calidad de vida global y coincide con los obtenidos en otros trabajos (McEvoy *et al.*, 1990, van Knippenberg, *et al.*, 1992; Toledo *et al.*, 1996, Zittoun; 1999). Sin embargo, en nuestro estudio, estas dos dimensiones de la calidad de vida se miden con una escala de 1 a 10, en vez de ser de 1 a 7 tal y como se proponía en el cuestionario original, puesto que facilitaba así la respuesta del paciente. El estilo de respuesta en este caso, es diferente respecto del utilizado en el resto del cuestionario, y además éstas dos preguntas se realizan de forma seguida. A pesar de la coherencia respecto de los resultados obtenidos, estos hechos podrían estar influyendo en el resultado de nuestro estudio. Por lo que, en futuras investigaciones sería interesante fundamentar este resultado planteando además, la valoración de las mismas separándolas, por ejemplo, al inicio y al final de la entrevista para asegurarnos de que no hay un efecto de contaminación entre ellas, debido a su contigüidad.

Por otro lado, parte importante de la valoración de la calidad de vida atiende al funcionamiento psicológico y/o al estado emocional de los pacientes, y en este sentido, nuestros resultados respecto del distrés psicológico evidencian dicha relación. La literatura muestra como en el caso de los pacientes de cáncer, la calidad de vida o el bienestar psicológico por un lado, o bien la condición física aparecen frecuentemente unidas al estado emocional del enfermo (Bloom *et al.*, 1998; Gaston-Johansson, 1992; van Knippenberg, *et al.*, 1992; Zittoun *et al.*, 1999; da Silva, 1993). En particular, los niveles de depresión de nuestro grupo de pa-

cientes se asocian o bien con la calidad de vida global en la primera fase de estudio o bien con la condición física en la segunda. El estudio longitudinal con pacientes de cáncer de esófago realizado por Van Knippenberg *et al.* (1992) presenta resultados similares. En éste trabajo, las relaciones del distrés psicológico con la calidad de vida se establecen en la primera fase de estudio, mientras que en la segunda además de ésta, cobran importancia otro tipo de relaciones que tienen que ver con la condición física o los niveles funcionales del paciente, y que se asocian a su estado emocional. Realmente, es muy probable que las respuestas de ansiedad y la depresión coexistan en los pacientes de cáncer, y así, muchos autores hablan más en términos generales de distrés psicológico. Sin embargo, en nuestra opinión, es útil conservar la distinción entre ansiedad y depresión con el propósito de investigar si uno u otro tipo de respuestas predominan asociándose con diferentes aspectos de la calidad de vida. En este sentido, en la primera fase de nuestro trabajo, el impacto social se relaciona con la depresión y la ansiedad, pero además, los síntomas de enfermedad y el impacto económico se relacionan con la depresión en esta primera fase, y éstos mismos factores lo hacen con la ansiedad en la segunda fase. Éstos resultados son coherentes con los obtenidos en otros trabajos corte longitudinal, donde los síntomas de enfermedad se relacionan con el estado emocional del paciente a través del proceso de enfermedad, destacándose respuestas más globales de distrés o bien de ansiedad o depresión (Van Knippenberg *et al.* 1992; Zittoun *et al.*, 1999). Como hemos visto, el estado emocional de los pacientes, bien siendo más relevantes los síntomas depresivos, bien los ansiosos o ambos, éstos se asocian a la percepción que tienen de determinados aspectos de su enfermedad.

Durante la segunda fase de éste estudio, los resultados de éste trabajo mostraron que el impacto social no aparece relacionado con ninguna de las variables de calidad de vida. Es

posible que en las fases iniciales, el ajuste del paciente a su enfermedad y tratamiento produzca un mayor impacto sobre sus relaciones sociales aún a pesar de percibir una mejor condición física y menor discapacidad o síntomas. Y es posible que luego, ese impacto, o bien se atenúa por la adaptación a las nuevas condiciones mediante procesos de reajuste psicosocial, o bien porque su atención se centra hacia otros aspectos, cómo su discapacidad funcional y la percepción de su condición física. Por otro lado, el grupo de pacientes en este trabajo había sido diagnosticado recientemente, y en este sentido, suele ocurrir que la movilización de las redes sociales de apoyo se muestra sobre todo en etapas iniciales de la enfermedad, (Peters-golden., 1982; Barrera *et al.*, 1986; 1988; Neuling y Winefield; 1988 Bolger *et al.*; 1996). Paradójicamente, podría ocurrir que un mayor número de conductas de apoyo en esta etapa inicial (visitas, hacer tareas por el paciente, invitarle a participar en actividades sociales o de ocio) acentuara sus déficits en el área social.

5. Referencias

- Aaronson, N.K. (1988). Quality of Life : What is it ? How Should it be measured ?. *Oncology*, 2(5), 11-16.
- Aaronson, N.K., Bullinger, M. and Ahmezdai, S. A. (1988). Modular Approach to Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249.
- Andrew F. M. y Withely S. B. (1976). Social Indicators of Wellbeing. New York : Plenum Press.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress. En L.H. Cohe (Ed.) *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. London: Sage. (cit. en Gracia Fuster y cols; 1995).
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M. and Banks, P. (1998). Intrusiveness of Illness and Quality of Life in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2).
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, AD y Rosanna, N. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283-294.
- Broadhead, J.K., Robinson, J.W. and Atkinson, M.J. (1998). A New Quality of Life Measure for Oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1).
- Calais da Silva, F. (1993). Quality of Life in Prostatic Cancer Patients. *Cancer*, 72, 3803-3806.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NY: Rutgers University Press.
- Campbel A, Converse. P.E. ; y Rodgers, W.L.. (1976). The Quality of American Life. *New York: Sage Bulletin*, 98, 310-357.
- Caro, I., Ibañez, I. (1992). "La escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión". *Boletín de Psicología*, (36), 43-69.
- De Haes, J.C.J.M. (1985). Quality of Life: Conceptual and Theroretical Consideration. *Psychosoc Oncol*, 61-70.
- De Haes, J.C.J.M. y Van Knippenberg, F.C.E., (1986). The Quality of Life of Cancer Patients : A Review of the Literature. *Soc. Sci. Med*, 20(8), 809-817.
- De-Haes-JC. y van-Knippenberg-FC. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's Tower revisited". *J-Clin-Epidemiol*. 1989, 42(12), 1239-41
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman D., Piasetsky, S., Schemale A. M et al. (1983). The prevalence of Psychiatric Disorders among cancer patients. *Jama*, 249, 751-57.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*, 61, 41-50.

- Gaston-Johansson, F., Franco, T. and Zimmerman, L. (1992). Pain and Psychological Distress in Patients Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation. *Oncol. Nurs. Forum*, 19, 41-48.
- Glanz, K y Lerman, C. (1992). Psychosocial Impact of Breast Cancer. A Critical Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 204-212.
- Gilbar, O. , (1991). The Quality of Life on Cancer patients who refuse Chemotherapy. *Social Science Medicine*, 32(12), 1337-1340.
- Crucitt, M.A., Hyman, W., Grote, T., Tester, W., Madajewicz, S., Yee, S. et al. (1999). Efficacy and Tolerability of Oral Ondansetron Versus Prochlorperazine in the Prevention of Emesis Associated with Cyclophosphamide -Gased Chemotherapy and Maintenance of Health- Related Quality of Life. Clinical Therapeutics. *The International Journal of Drug Therapy*, 18(3), 508-518.
- Hammerlid-E., Bjordal-K., Ahlner-Elmqvist-M., Jannert-M., Kaasa-S., Sullivan-M. y Westin-T. (1997). Prospective, longitudinal quality-of-life study of patients with head and neck cancer: a feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg.* 116(6 Pt 1), 666-73.
- Hays, R.D. and Stewart, A.L. (1990). The Structure of Self-reported Health in Chronic Disease Patients. Psychological Assessment: A. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2(1), 22-30.
- Holland, J. C (1989). Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. In Holland, J. C. y Rowland, J. H. (eds). *Handbook of Psychooncology*. New York : Oxford University Pres. (13-21).
- Huguenin-P., Glanzmann-C., Taussky-D., Lutolf-UM., Schmid-S. y Moe-K. (1998). Hyperfractionated radiotherapy and simultaneous cisplatin for stage-III and -IV carcinomas of the head and neck. Long-term results including functional outcome. *Strahlenther-Onkol.* 174(8), 397-402
- Karnofsky, D.A., Burchenal, J.H. , (1949): The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. En McLeod. (ed). *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Columbia University Press. New York. (191-205).
- Leinster S. J., (1994). How to do it Breast Cancer. The psychological management of the patient with early breast cancer. *European Journal Surgical Oncology*, 20, 711-14.
- Leitgeb, C., Perchestorfer, M., Fritz, E. y Ludwig, H. (1994). Quality of Life in Chronic Anemia of Cancer during treatment with Recombinant human Erythropoietin. *Cancer*, 73(10), 2535-2542.
- Maher, E.J., Mackenzie, C., Young, T. y Marks, D. (1996). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treatments Review*, 22(A), 123-129.
- Makar, K., Cumming, C.E., Lees, A.W., Hundleby, M., Nabholts, J.M., Kieren, D.K. et al. (1997). Sexuality, Body Image and Quality of Life After High Dose or Conventional Chemotherapy for Metastatic Breast Cancer. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 6(1), 1-8.
- Maurer-CA., Borner-MM., Lauffer-J., Friess-H., Z'graggen-K., Triller-J. y Buchler-MW. (1998). Celiac axis infusion chemotherapy in advanced nonresectable pancreatic cancer. *Int-J-Pancreatol.* 23(3), 181-6.
- McEvoy, MD. And McCorkle, R. (1990). Quality of Life Issues in Patients with Disseminated Breast Cáncer. *Cáncer*, 66(15 Supplement), 1416-21
- Muthny, FA. And Stump, UKS. (1990). Quality of Life in Oncology Patients. *Psychother Psychosom*, 54, 145-160.
- Neuling, S.J. y Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer : frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon, 27, 385-3292.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the Illness Experience. *Soc. Sci. Med.*, 16, 483-491.
- Payne, S.A. (1992). A Study of Quality of Life in Cáncer Patients Receiving Palliative Chemotherapy. *Soc. Sci. Med.*, 135, 1505-1509.
- Rodríguez- Marín, J (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid : Síntesis .
- Rowland, J. H. (edr). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press. 101-16.
- Sauer-R., Birkenhake-S., Kuhn-R., Wittekind-C., Schrott-KM. y Martus-P. (1998). Efficacy of radiochemotherapy with platin derivatives compared to radiotherapy alone in organ-sparing treatment of bladder cancer. *Int-J-Radiat-Oncol-Biol-Phys.* 40(1), 121-7.
- Spiegel, D. , (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66, 1422-6.
- Spitzer, W.D., Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Sheperd, R., Battista, R.N. y Catchlove, B.R. (1981). Measuring the Quality of Life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *J. Chron. Dis*, 34, 585-597.
- Stewart, A.L., Ware, J.E. and Brook, R.H. (1981). Advances in the Measurement of Functional Status: Construction of Aggregate indexes. *Med. Care*, 19, 473-488.
- Tejero Pociello, A., Gumerá Querol, E.M. et al. (1986) Uso clínico del H.A.D.(Hospital Anxiety and Depression Scale) en Población Psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, Fiabilidad y Validez". *Rev. Dpto. Psiquiatría. Facultad de Medicina. Barna*, 13(5), 233-38.
- Terol, M.C., Lizón, J., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Mora, M., Sánchez, B. (1997). Diferencias en Calidad de Vida de los pacientes de cáncer tratados con infusión continua. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1).
- Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., y Pastor, M.A. (1997). *Hospital Anxiety and Depression Scale: Psychometric Properties in a Spanish sample*.

- Presentado en 11th Conference of the European Health Psychology Society (E.H.P.) .Burdeos, Francia.
- Toledo M., Barreto M.P., Pascual, A., Ferrero, J. (1993). "Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida de la E.O.R.T.C. para Cáncer de mama". *Revista de Psicología de la Salud*, 5(2).
- Tross, S., Holland, J.H.C. (1989). *Psychological sequelae in cancer survivors*. In Holland, J. C.
- Toledo M., Ferrero, J. y Barreto M.P. (1996). Cirugía del cáncer de mama y valoración de la Calidad de vida Global. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis. VolXVIII (1)*.
- Van Knippenberg, F.C.E., Out, J.J., Tilanus, H.W., Mud, H.J., Hop, W.C.J. and Verhage, F. (1992). Quality of Life in Patients with Resected Oesophageal Cancer. *Soc. Sci. Med*, 35, 139-145.
- Wan, G.J., Counte, M.A. and Cella, D.F. (1997). The Influence of Personal Expectations on Cancer Patients' Reports of Health-Related Quality of Life. *Psycho-Oncology*, 6(1).
- Ware, J.E. (1987). Standars for Validating health measures : Definition and content. *J. Chron. Dis.*40, 473-480.
- Weitzner, M.A. and Meyers, C.A. (1997). Cognitive Functioning and Quality of Life in Malignant Glioma Patients: A Review of the Literature. *Psycho-Oncology*, 6(3).
- Wellish, D.K., Centeno, J., Guzman, J. et al. (1996). Bone Marrow Trasplantation vs High-dose cytarabine Based Consolidation Chemotherapy for Acute Myelogenous Leukemia: A Long-term Follow-up Study of Quality of Life Measures of Survivors. *Psychosomatics*, 37, 144-154.
- Winer, E.P. (1994). Quality of life Research in Patients with Breast Cancer. *Cancer Supplement*, 74(1).
- Zittoun, R., Achard, S. and Ruzniewski, M. (1999). Assessment of Quality of Life During Intensive Chemotherapy or Bone Marrow Transplantation. *Psycho-Oncology*, 8(1).
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 67, 361-370

(Art. recibido: 15-3-2000, aceptado: 5-1-2001)