

## FATIGA, EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA EN CÁNCER

Antoni Font\*, Eva Rodríguez\*\* y Valerie Buscemi\*

\*Universidad Autónoma de Barcelona.

\*\*AECC-Catalunya contra el Cáncer. Junta de les Comarques Barcelonines.

### Resumen

La fatiga es uno de los principales problemas que alteran la calidad de vida de los pacientes de cáncer. Aproximadamente el 80 % de los pacientes de cáncer presentan fatiga en alguna fase de su enfermedad. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter bio-psico-social que puede estar presente incluso trascurridos varios años desde que se finalizó el tratamiento. Factores objetivos como el tratamiento o la fase de la enfermedad no pueden explicar las variaciones en fatiga observadas entre los pacientes. También se han propuesto diferentes variables psicosociales como el pensamiento catastrófico, el estrés o el apoyo social. En este trabajo aportamos algunos datos sobre la fatiga en diferentes fases de la enfermedad y sobre el posible papel de las expectativas. En una muestra de 215 pacientes de cáncer de mama, pudimos constatar la relación existente entre fatiga y fase clínica: la pacientes en fase de diagnóstico presentan menos fatiga (media = 18,5) que las sometidas a tratamiento complementario (media = 22,4) o las que se encuentran en fase de recidiva (media = 26,4). Como era de esperar, el menor valor se observó entre el grupo de intervalo libre (media = 7,5), y el máximo en el de enfermedad avanzada (media = 36,9). Observamos también relaciones entre las expectativas y la fatiga. Las pacientes con elevadas expectativas de resultado (creencias de curación) presentan menos fatiga (valor medio = 12,6), que las pacientes con pocas expectativas de resultado (media = 37,4). Las diferencias son significativas ( $P < .01$ ). Concluimos que una terapia psicológica que incluya el manejo de las expectativas puede ser eficaz para paliar los efectos de la fatiga en la calidad de vida.

**Palabras clave:** Fatiga en cáncer, expectativas y calidad de vida.

### Abstract

Fatigue is a highly prevalent condition that reduces quality of life among cancer patients. About 80 % show some degree of fatigue along the clinical phases of the disease. Fatigue is a complex-subjective syndrome with bio-psycho-social aspects, and could be present many years after the end of the treatment. Objective factors like the kind of biological treatment or the stage of the disease can't explain the wide patients' variability about this syndrome. In addition, many psychosocial variables as catastrophizing, stress or social support have been proposed. This paper contributes with some data about fatigue in different diseases stages and the role of the expectations. In a sample of 215 breast cancer patients we find a relationship between fatigue and illness stadium: patients in diagnose phase showed less fatigue (mean = 18,5) than them with adjuvant therapy (mean = 22,4) or the patients in the recidive phase (mean = 26,4). As expected, the disease-free interval patients' group showed the lowest fatigues' value (mean = 7,5); the higher one was found in the advanced-disease group (mean = 36,9). We found also significant relationships ( $P < .01$ ) between expectations and fatigue. Patients with high outcome-expectations (reach to recovery) showed less fatigue (mean = 12,6), than patients with poor outcome expectations (mean = 37,4). We concluded that a psychological therapy that includes expectations' management could be effective to palliate the negative effects of fatigue on quality of life.

**Key words:** Cancer-related fatigue, expectations and quality of life.

---

### Correspondencia:

Apartado de correos 29. Seminario de Psicología Oncológica. Facultad de Psicología.  
Universidad Autónoma de Barcelona.  
08193 Cerdanyola del Vallés (Bellaterra)  
E-mail: antonio.font@uab.es

## INTRODUCCION

### Concepto de fatiga en cáncer

El síndrome sistémico denominado "fatiga crónica", "cansancio crónico" o simplemente "fatiga relacionada con el cáncer" constituye un problema cuantitativa y cualitativamente muy importante, asociado a la aparición de diversas alteraciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes de cáncer<sup>(1)</sup>. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter bio-psico-social<sup>(2)</sup>. Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Este sentimiento de debilidad, cansancio o falta de energía, varía en grado, frecuencia y duración<sup>(3)</sup>. Los profesionales recurren al término fatiga crónica, astenia o síndrome sistémico<sup>(4)</sup>. Más recientemente algunos autores han propuesto un concepto multidimensional de fatiga que incluye dominios conductuales, cognitivos, somáticos y afectivos<sup>(5)</sup>.

Con ello se amplía y profundiza en el concepto de fatiga pero, a nuestro entender, la delimitación respecto a otros componentes de la calidad de vida resulta más compleja y confusa. En todo caso, se trata de un fenómeno bien documentado en pacientes sometidos a tratamientos de quimio- y radioterapia, y puede afectar a todas las dimensiones de la vida de la persona. De hecho, suele incrementarse a lo largo de los tratamientos para reducirse posteriormente de manera gradual, si bien permanece en un porcentaje menor de pacientes después del tratamiento e incluso puede estar presente en la fase de remisión. Pese a mostrar similitudes, sería un estado diferente del síndrome de la fatiga crónica identificado en la población general<sup>(6)</sup>. Los mecanismos precisos que producen la fatiga son poco conocidos aunque se han sugerido una diversidad de posibles causas como el tipo de enfermedad, el estadio de la misma, el tratamiento o tratamientos aplicados, otros síntomas o trastornos sistémicos intercurrentes y aspectos psicológicos como el estrés.

### Incidencia, magnitud del problema y efectos en la calidad de vida

Entre el 78 y el 96 % de los pacientes de cáncer experimentan fatiga a lo largo de su enfermedad<sup>(7)</sup>. La fatiga es máxima durante los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. En el tratamiento con modificadores de la respuesta biológica como interferón o interleukinas, la fatiga severa se da prácticamente en todos los casos. Constituiría por tanto el síndrome de mayor prevalencia en el tratamiento del cáncer<sup>(8)</sup>, siendo incluso un motivo frecuente de incumplimiento o abandono de la terapia oncológica<sup>(9)</sup>.

Pater y colaboradores<sup>(10)</sup>, del Instituto Nacional del Cáncer en Canadá, realizaron un estudio con 2390 pacientes con diferentes diagnósticos y estadios de cáncer. El perfil con mayor fatiga mostraba las siguientes características: paciente femenina, presencia de enfermedad metastásica, status funcional inferior y enfermedad más cercana en el tiempo. Stone, et al.<sup>(11)</sup> compararon la prevalencia y la gravedad del cansancio de los pacientes de cáncer con un grupo control de voluntarios sin cáncer. El mayor cansancio en la muestra oncológica, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, se asociaba significativamente con la gravedad de los síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) y con la gravedad del dolor y la disnea. En otro estudio<sup>(12)</sup> se analizó la fatiga en un grupo de 1307 pacientes con diferentes tipos de neoplasias. El cansancio era considerado por los pacientes como un problema más importante que el dolor, las náuseas y los vómitos, e insuficientemente tratado en un 33 % de los casos. Otra investigación sobre la prevalencia y la duración del cansancio, realizada mediante entrevista telefónica a 379 pacientes sometidos a quimioterapia, indicó que el 76 % de la muestra experimentó cansancio durante el tratamiento y que el 30 % presentaba cansancio diario, con una importante disrupción de la vida cotidiana. Entre los afectados, el 79 % consultó al médico. Reposo y relajarse era la recomendación más frecuente, aunque el 40 % no recibió ninguna orientación para mejorar el problema<sup>(13)</sup>.

En determinados diagnósticos el problema es aún mayor. Por ejemplo, más de la mitad de los sobrevivientes de cáncer tras trasplante de médula ósea presentan fatiga moderada o severa un año después, lo que generaba mayor repercusión en la calidad de vida que cualquier otro problema físico<sup>(14)</sup>. Fobair y colaboradores<sup>(15)</sup> señalan que en el 37% de los 403 pacientes con enfermedad de Hodgkin estudiados, el nivel de energía no ha vuelto a ser satisfactorio, evaluados, en promedio, 9 años después de finalizado el tratamiento. De manera similar, una tercera parte de los 90 pacientes con linfoma del estudio de Devlen y colaboradores<sup>(16)</sup> presentan falta de energía a los 32 meses después del tratamiento. En cáncer de mama, el 75 % de 162 mujeres tratadas con radioterapia y el 61 % de 173 pacientes tratadas con quimioterapia presentan disminución de energía de 2 a 10 años después de finalizar el tratamiento<sup>(17)</sup>.

Diversos estudios indican la existencia de relaciones entre la fatiga y la disminución de la calidad de vida. Por ejemplo, el estudio de Ferrell y colaboradores con 687 sobrevivientes de varios tipos de cáncer, la fatiga fue uno de los tres aspectos que más afectaban negativamente a vida cotidiana<sup>(18)</sup>. Stone<sup>(11)</sup> constató que afectaba sobre todo a las capacidades de autocuidado de los pacientes. Visser y Smets<sup>(19)</sup> estudiaron las relaciones entre fatiga, depresión y calidad de vida comparando varios tipos de pacientes que recibían radioterapia en una muestra de 250 pacientes. La fatiga y la depresión no seguían una evolución paralela a lo largo del tiempo: mientras la depresión disminuye al finalizarle tratamiento, la fatiga se mantiene estable o se incrementa. Ambos aspectos se relacionaron con la calidad de vida. También Sadler et al.<sup>(20)</sup> constatan relaciones significativas entre el síndrome de fatiga crónica y elementos de la calidad de vida como depresión, vitalidad, problemas de rol cotidiano y dificultades emocionales. Hann et al.<sup>(21)</sup> compararon la fatiga en 43 mujeres con cáncer de mama tratadas con trasplante de médula ósea, unos 20 meses después del tratamiento, con

otras 43 mujeres sin enfermedad. La fatiga del grupo oncológico se relacionaba con factores médicos como el tiempo transcurrido desde el trasplante y con factores psicológicos como la ansiedad y los síntomas depresivos. La fatiga suele estar relacionada con otra sintomatología física, por ejemplo con la dificultades para descansar. Ancoli-Israel y colaboradores<sup>(9)</sup> realizaron una exhaustiva revisión de las relaciones entre la fatiga y los ciclos de sueño/vigilia en pacientes de cáncer. Los datos revisados parecen indicar, que el mantenimiento de los ritmos del sueño afecta a la calidad de vida de los pacientes a través de la disminución de la fatiga. Los ritmos anormales pueden ser signos de que la enfermedad está avanzando. En el estudio de Given et al.<sup>(22)</sup> se observó que la presencia de fatiga y/o dolor, un año después del diagnóstico en pacientes de 65 años o más, se relacionaba con el estadio de la enfermedad (mayor en la enfermedad avanzada) y el tipo de cáncer (más en pulmón que en mama y menos en próstata). También se puso de manifiesto que los síntomas de dolor y fatiga mejoraban al cabo del año.

## Fatiga, constructos psicológicos y tratamiento

Por otra parte, se dispone ya de algunos datos a cerca de las posibles relaciones entre variables psicológicas y la experiencia de fatiga en cáncer. Por ejemplo, Jacobsen, Andrykowski y Thors<sup>(8)</sup> han analizado la relación entre el pensamiento catastrófico y la fatiga en pacientes de cáncer de mama. Entre las pacientes que recibieron radioterapia, aquellas que mostraban mayores puntuaciones en pensamiento catastrófico, antes de la terapia, experimentaron significativamente más fatiga que las de bajas puntuaciones. Sin embargo, en el grupo de quimioterapia las diferencias no fueron significativas. Irvine et al.<sup>(23)</sup> estudiaron la fatiga en 76 mujeres con cáncer de mama tratadas con radioterapia. El análisis realizado de manera prospectiva (desde el inicio del tra-

tamiento hasta 6 meses después) mostró que la fatiga se incrementaba significativamente en el curso del tratamiento, especialmente la última semana, para volver a los niveles iniciales 3 meses después. Es interesante señalar que no se encontraron relaciones con la edad ni con el estadio de la enfermedad y sí en cambio con el estrés producido por los síntomas, el estrés psicológico y las estrategias para aliviar la fatiga, como disminuir las actividades y aumentar el reposo. Smets y colaboradores<sup>(24)</sup> plantearon la hipótesis de que la sensación de fatiga podría depender de la discrepancia entre recursos y demandas, pero en su estudio empírico mediante una muestra de 250 pacientes esta hipótesis fue confirmada solo parcialmente: antes del tratamiento de radioterapia la condición física explicaba la mayor parte de la varianza en fatiga, y aunque después del tratamiento la demanda y la percepción de daño recibido contribuyeron a la fatiga, en el seguimiento, la discrepancia entre demandas y recursos no se relacionó con la fatiga. Explorar la naturaleza y origen de las creencias entorno a la enfermedad en pacientes de cáncer con fatiga crónica fue el objetivo del estudio de Clemens y colaboradores<sup>(25)</sup>. Se realizaron una serie de entrevistas y análisis cualitativos. En general los pacientes creen que su estado es de naturaleza física y minimizan el papel de los factores psicológicos y sociales. A mayor presencia de estas creencias, más se evitaba la actividad física. En el estudio de Prins y colaboradores<sup>(26)</sup> se puso de manifiesto que los pacientes de cáncer con síndrome de fatiga crónica e incluso los empleados "fatigados" se sentían con peor apoyo social que los expacientes de cáncer y el grupo control de personas sanas. Así pues, la falta de apoyo social significativo se identificó como un nuevo factor a la hora de explicar la perpetuación, severidad y empeoramiento funcional de la fatiga.

Respecto al tratamiento de la fatiga, Regnard y Mannix<sup>(27)</sup>, proponen un diagrama de decisiones para valorar la causa y las líneas de tratamiento de la debilidad y fatiga en pacientes con cáncer avanzado, en el

que se incluyen los componentes psicológicos. También Portenoy y Itri<sup>(4)</sup> proponen un modelo multidisciplinar para evaluar y manejar la fatiga relacionada con el cáncer, señalando la contradicción entre la importancia del problema desde el punto de vista de los pacientes y las pocas veces que es valorada y tratada en la práctica clínica. El estudio de Graydon et al.<sup>(28)</sup> tuvo como objetivo conocer qué estrategias son más efectivas para aliviar la fatiga. La comparación de una muestra de 45 mujeres que recibían quimioterapia con otra de radioterapia (54 pacientes), mostró que ambos grupos utilizaban estrategias similares. Las más efectivas para superar la fatiga fueron dormir y realizar ejercicio regular. Probablemente la inclusión sistemática de elementos terapéuticos psicológicos permita mejorar la fatiga en cáncer, como ya ha sido puesto de manifiesto en el tratamiento de la fatiga crónica no oncológica<sup>(29)</sup>.

Así pues, aunque la fatiga está ampliamente reconocida como un problema muy importante en cáncer, y ya se han estudiado algunos de sus efectos en la calidad de vida, el problema sigue siendo que todavía se desconocen los mecanismos subyacentes responsables de las numerosas diferencias entre unos pacientes y otros, cuyo conocimiento y evaluación debería facilitar el desarrollo de terapias individualizadas más eficaces. Que duda cabe que la Psicología debe aportar más investigaciones en este sentido. En la parte empírica de este trabajo, pretendemos aportar algunos datos preliminares sobre el posible papel de una variable cognitivo-psicológica que se ha mostrado relevante en otros análisis anteriormente realizados en relación con la calidad de vida de los pacientes de cáncer: las expectativas.

## MÉTODO

### Sujetos

Las características sociodemográficas y médicas de los pacientes se indican en la tabla 1. Los sujetos incluidos en el estudio son pacientes de cáncer de mama en dife-

rentes fases de su enfermedad. Fase de diagnóstico significa que, en el momento de la evaluación, se están realizando pruebas médicas para conocer la extensión de la enfermedad y todavía no se ha determinado o no ha empezado el tratamiento a seguir. Las pacientes que se encuentran en la fase de tratamiento complementario han sido sometidas a una operación quirúrgica, en la mayoría de los casos mastectomía y actualmente se realiza otro tratamiento (radioterapia, quimioterapia y/o hormonoterapia) para evitar la probabilidad de recaída. Las pacientes en fase de intervalo libre son las que en estos momentos no presentan signos de enfermedad en los controles

rutinarios a que son sometidas. Las que se encuentran en fase de recidiva vuelven a ser tratadas activamente por segunda vez, tras un periodo de ausencia de enfermedad. La fase avanzada se caracteriza por el hecho de que el tratamiento es fundamentalmente paliativo.

## Evaluación y procedimiento

Las pacientes eran evaluadas de manera individual en una entrevista con el psicólogo, valorándose la presencia en las últimas 24 horas de diversos aspectos de la calidad de vida y la sintomatología relacionada con el cáncer. El procedimiento

**Tabla 1. Características sociodemográficas y médicas de las pacientes de cáncer de mama (n=215)**

|                                      |                            |          |       |
|--------------------------------------|----------------------------|----------|-------|
| <i>Edad</i>                          |                            |          |       |
|                                      | Media, desviación típica   | 54 ; 7,6 |       |
|                                      | Rango                      | 30-77    |       |
| <i>Estado civil</i>                  |                            |          |       |
|                                      | Casada/pareja estable      | 162      | (75%) |
|                                      | Viuda                      | 27       | (13%) |
|                                      | Soltera                    | 19       | (9%)  |
|                                      | Separada/divorciada        | 7        | (3 %) |
| <i>Estudios</i>                      |                            |          |       |
|                                      | Primarios                  | 150      | (70%) |
|                                      | Medios                     | 45       | (21%) |
|                                      | Superiores                 | 20       | (9%)  |
| <i>Situación laboral</i>             |                            |          |       |
|                                      | Trabaja                    | 31       | (14%) |
|                                      | Baja por enfermedad        | 45       | (21%) |
|                                      | No trabaja fuera de casa   | 139      | (65%) |
| <i>Fase clínica</i>                  |                            |          |       |
|                                      | Diagnóstico                | 15       | (7%)  |
|                                      | Tratamiento complementario | 55       | (26%) |
|                                      | Intervalo libre            | 42       | (19%) |
|                                      | Recidiva                   | 44       | (20%) |
|                                      | Enfermedad avanzada        | 59       | (28%) |
| <i>Tratamiento oncológico actual</i> |                            |          |       |
|                                      | Hormonoterapia             | 68       | (32%) |
|                                      | Radioterapia               | 18       | (8%)  |
|                                      | Quimioterapia              | 77       | (36%) |
|                                      | Sin tratamiento            | 52       | (24%) |

empleado permite la obtención de dos tipos de comparaciones. Por una parte se trata de un diseño intra-sujeto ya que cada paciente se compara consigo mismo en la situación actual respecto a cuando no tenía o no tiene problemas de salud (la enfermedad oncológica). Por otra parte podemos comparar grupos de pacientes según la fase clínica en que se encuentran. En este caso el grupo de pacientes en fase de intervalo libre puede considerarse como el grupo control, y es indicativo de los valores de recuperación que se pueden conseguir pese a haber sufrido la enfermedad.

En los análisis que hemos efectuado el cansancio subjetivo, al igual que los demás componentes de la calidad de vida, han sido valorados mediante escalas visuales análogas. La puntuación puede variar entre el valor 0 (ausencia de cansancio, la paciente no se ha sentido cansada debido a su estado de salud) y el valor 100 (la paciente se ha sentido cansada todo el día). Atendiendo a los trabajos revisados y comentados en la introducción consideraremos la posible relación entre la fatiga y los siguientes componentes de la calidad de vida que pueden resultar alterados en las pacientes de cáncer de mama: "disminución de la movilidad general", "dificultades para realizar las tareas de casa", "dolor", "dificultades para mover el cuerpo" (como el brazo en la parte de la mama afectada), "somnolencia

durante el día", "dificultades para dormir", "dificultades para concentrarse", "ansiedad", "depresión" y "valoración general del día" (valorar el día como más o menos negativo, debido al estado de salud).

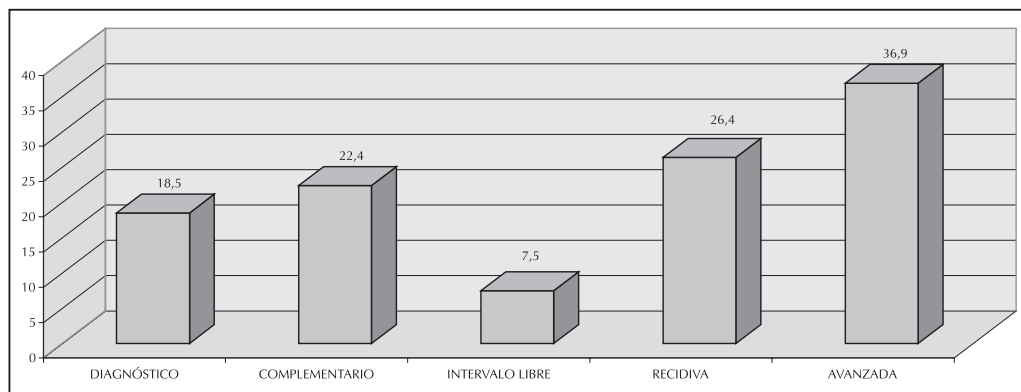
Por otra parte evaluamos las expectativas de las pacientes respecto a la medida en que creen que el resultado del tratamiento de su enfermedad será positivo a la larga, en otras palabras, si creen que se van a curar. Se trataría por tanto de una forma de expectativas de resultados evidentemente relacionadas con la salud. También preguntamos a los pacientes la medida en que se creen o sienten capaces de hacer todo lo necesario para tratar su problema oncológico, en otras palabras: las expectativas de eficacia o autoeficacia. El procedimiento de valoración de estos tipos de expectativas ha sido descrito con mayor detalle en trabajos anteriores<sup>(30, 31)</sup>.

## RESULTADOS

### Enfermedad y fatiga

Las pacientes que configuran una muestra en la que predomina el siguiente perfil: mujer de unos 54 años, casada o con pareja estable (75 %), con estudios primarios (70%) y que no trabaja fuera de casa (65 %). En la figura 1 se indican gráficamente las puntuaciones medias en la escala de fatiga, obteni-

**Figura 1. Valores medios en la escala de fatiga de las pacientes de cáncer de mama en las diferente fases de la enfermedad (N=215)**





das por cada grupo de pacientes, según la fase de la enfermedad en la que se encontraban en el momento de la evaluación. Como puede observarse en la tabla 2, los resultados son totalmente coherentes con la gravedad asignada a cada situación. Las pacientes con menos fatiga son las que se encuentran en fase de intervalo libre o grupo control, con una puntuación media de 7,5 en la escala cuantitativa de 0 a 100, seguidas de las pacientes en fase de diagnóstico (valor medio 18,5). En la fase de tratamiento complementario la fatiga aumenta mostrando un valor medio de 22,4. Los valores más acusados son el grupo de tratamiento de la recidiva (26,4) y el grupo en fase de enfermedad avanzada (valor medio en la escala de fatiga, 36,9). La

prueba t-test de comparación de medias entre los grupos mencionados arrojó diversos resultados significativos ( $P < .01$ ): el grupo de enfermedad avanzada presenta un valor de fatiga significativamente superior a los grupos diagnóstico, complementario e intervalo libre. Los valores de fatiga de los grupos complementario y recidiva también son significativamente superiores a los del grupo de pacientes que en estos momentos no presentan signos de enfermedad (intervalo libre).

La posible relación entre la fatiga y otros componentes de la calidad de vida se ve apoyada por las correlaciones positivas observadas entre la fatiga y los aspectos indicados en la tabla 3. La correlación es muy alta con la dificultad para realizar actividades en casa

**Tabla 2. Valores medios en la escala de fatiga obtenidos por las pacientes (N=215) agrupadas según la fase de la enfermedad en que se encuentran\***

| FASE DE LA ENFERMEDAD     | N  | Fatiga media | Desviación típica |
|---------------------------|----|--------------|-------------------|
| DIAGNÓSTICO               | 14 | 18,5         | 34,4              |
| COMPLEMENTARIO            | 57 | 22,4         | 31,4              |
| INTERVALO LIBRE (control) | 41 | 7,5          | 15,3              |
| RECIDIVA                  | 45 | 26,4         | 28,8              |
| ENFERMEDAD AVANZADA       | 58 | 36,9         | 30,1              |

\*Las comparaciones de medias mediante la prueba t-test en datos independientes indicaron diferencias significativas ( $P < .01$ ) entre los grupos: complementario / intervalo libre, complementario / enfermedad avanzada, intervalo libre / recidiva ( $P < .001$ ) y entre intervalo libre / enfermedad avanzada ( $P < .0001$ ).

**Tabla 3. Coeficientes de correlación (Spearman) entre la fatiga y diversos componentes de la calidad de vida (N=215), ordenados de mayor a menor intensidad**

| ESCALA                                    | valor r |
|---|---------|
| Dificultad para las actividades en casa   | 0,8     |
| Dificultades para mover el cuerpo         | 0,7     |
| Dificultades para dormir                  | 0,6     |
| Dificultades para trasladarse, salir      | 0,6     |
| Dolor                                     | 0,6     |
| Disminución general de la calidad de vida | 0,5     |
| Sentirse deprimido                        | 0,5     |
| Pérdida de apetito                        | 0,5     |
| Somnolencia durante el día                | 0,4     |
| Sentir miedo/ansiedad                     | 0,3     |
| Dificultades para concentrarse            | 0,3     |

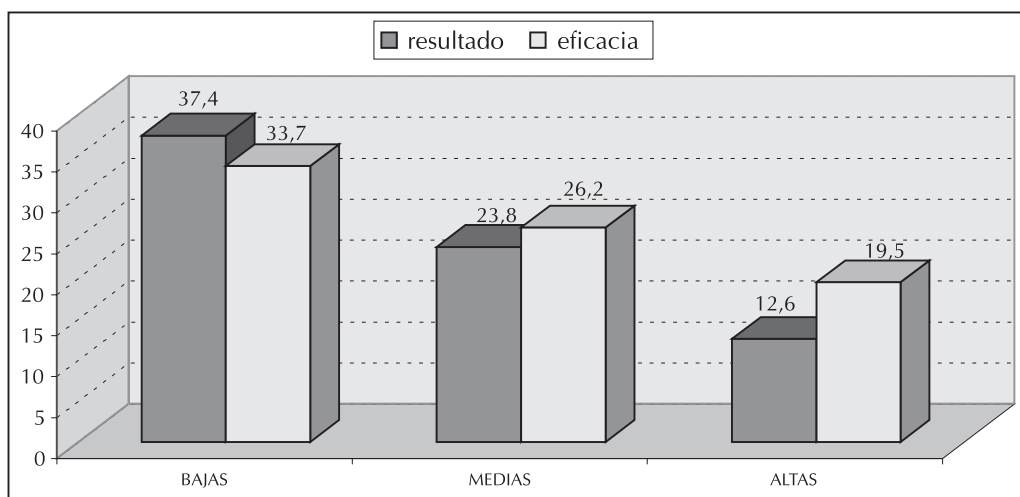
( $r=0,8$ ) y la capacidad para mover el cuerpo ( $r=0,7$ ), así como con las dificultades para descansar durante la noche, la presencia de dolor y la disminución de la movilidad general, entendida como la capacidad para salir de casa y desplazarse. En estos tres casos el coeficiente de correlación llega al valor 0,6. La escala visual "disminución general de la calidad de vida", entendida como valorar el día como más o menos negativo o insatisfactorio debido al estado de salud, correlacionó 0,5 con el nivel de fatiga, al igual que sentirse deprimido y la pérdida de apetito. La somnolencia durante el día correlacionó 0,4 con la fatiga. La ansiedad y las dificultades de concentración mostraron un valor de correlación más bajo (0,3).

### Expectativas y fatiga

En la figura 2 se indican las comparaciones t-test en cuanto a nivel de fatiga, entre las pacientes de cáncer de mama, agrupadas según sus expectativas de resultado y de eficacia. 57 pacientes presentan pocas o nulas expectativas de cura-

ción (resultado), 93 tienen bastante confianza en que habrá una solución totalmente positiva para sus problemas de salud y 64 pacientes manifiestan mucha confianza en curarse. Las pacientes que tienen pocas expectativas presentan significativamente ( $P<.001$ ) más fatiga (media = 37,4) que los demás grupos. Las pacientes con muchas expectativas de resultado son las que manifiestan tener menos fatiga (media = 12,6), diferenciándose significativamente ( $P<.01$ ) incluso del grupo con un nivel medio de expectativas de resultado (media = 23,8). Por otra parte, hemos considerado interesante analizar este mismo aspecto, entre aquellas pacientes con mayor nivel de fatiga, es decir, las que se encuentran en fase de enfermedad avanzada, a fin de comprobar si para una misma fase de la enfermedad presentar más o menos fatiga podría relacionarse con el nivel de expectativas (figura 3). Las comparaciones de medias mediante la prueba t-test indican que las personas con pocas expectativas de resultado son las que más puntúan en fatiga

Figura 2. Valor medio en fatiga que presentan las pacientes de cáncer de mama agrupadas según sus expectativas (altas, medias o bajas) de resultado y de eficacia (N=215)\*



\*Las comparaciones de medias mediante la prueba t-test en datos independientes indicaron diferencias significativas en fatiga ( $P<.01$ ) entre todos los grupos con diferentes expectativas de resultado, y entre los grupos altas versus bajas expectativas de eficacia.



(media = 41,2), y las que tienen buenas expectativas de resultado son las que menos puntúan en fatiga (media = 13). Las diferencias entre estos dos grupos extremos son significativas ( $P < .01$ ).

Respecto a las expectativas de eficacia, entendidas como la medida en que la paciente se siente capaz de hacer todo lo que sea necesario para tratar el problema de salud, nuevamente se observan resultados coherentes con el papel de lo psicológico en la vivencia de la fatiga. 36 pacientes presentan pocas expectativas de eficacia, con un valor medio en fatiga de 33,7. Las 70 pacientes con moderadas expectativas de eficacia muestran una media menor en fatiga: 26,2. Las enfermas con elevadas expectativas de eficacia son las que presentan un valor más bajo de fatiga (media = 19,5). Las diferencias entre los grupos extremos (elevadas *versus* bajas expectativas) son significativas ( $< .01$ ). Seleccionando únicamente a las pacientes que se encuentran en fase de enfermedad avanzada observamos que las pacientes con elevadas expectativas de eficacia presentan algo menos de fatiga

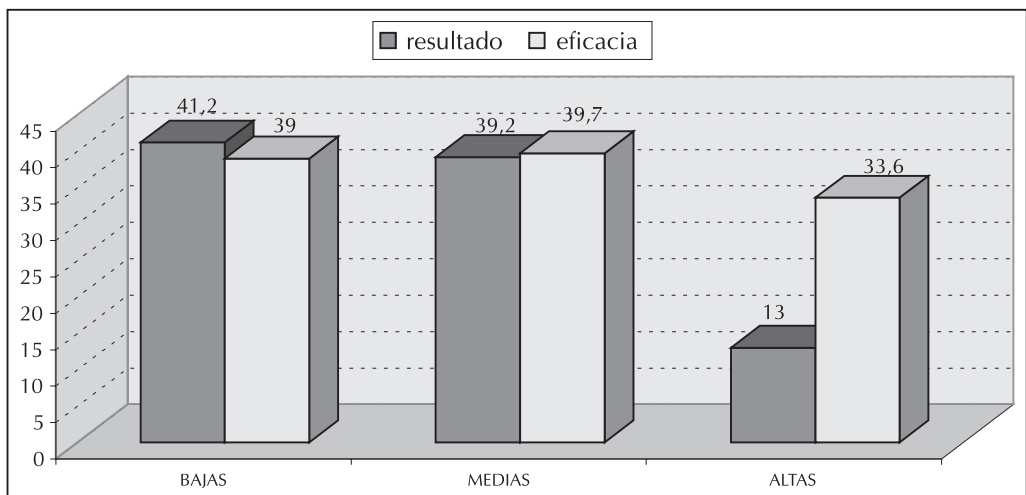
(media = 33,6) que las pacientes con bastantes (valor medio en fatiga = 39,7) o pocas (media = 39) expectativas de eficacia (diferencia no significativa).

## DISCUSIÓN

Como indica Portenoy<sup>(4)</sup>, los profesionales se concentran cada vez más en la necesidad de controlar los síntomas como parte de una amplia asistencia oncológica, y el tratamiento del cansancio debería claramente formar parte del tratamiento estándar de todos los pacientes. La revisión realizada no indica que la fatiga en cáncer esté siendo tratada de manera sistemática. Es posible que con el cansancio ocurra como con el dolor cuando al principio no constituía un factor fundamental y era infratratado en la práctica clínica.

Los datos obtenidos en el presente estudio confirman que el cansancio se relaciona claramente con la fase de la enfermedad, tal como ya se ha reportado en otras investigaciones, de manera que las fases clínicas con mayor enfermedad y tratamiento (reci-

**Figura 3. Valor medio en fatiga que presentan las pacientes de cáncer de mama en fase de enfermedad avanzada agrupadas según sus expectativas (altas, medias o bajas) de resultado y de eficacia (N=58)\***



\*Las comparaciones de medias mediante la prueba t-test en datos independientes indicaron diferencias significativas en fatiga ( $P < .01$ ) entre los grupos altas *versus* bajas expectativas de resultados.

diva, avanzada) presentan más fatiga que aquellas en las que la enfermedad no está siendo tratada (diagnóstico, intervalo libre). Nos llama la atención el elevado valor promedio de fatiga que presenta el grupo de enfermedad avanzada (36,9). Probablemente algunas de estas pacientes llegan a esta fase con un importante cansancio no suficientemente tratado y acumulado a lo largo de la enfermedad crónica.

Las correlaciones significativas observadas entre el cansancio y los aspectos de la vida cotidiana como las dificultades para desplazarse o los trastornos del sueño parecen indicar que el cansancio forma parte de la calidad de vida de los pacientes como causa y consecuencia al mismo tiempo. Estos resultados apoyan la sugerencia de Aistars<sup>(32)</sup>, según la cual la gravedad del cansancio en los pacientes oncológicos se relaciona con el estrés y el conjunto de las aflicciones que presentan. Por otra parte, a diferencia del estudio de Stone et al.<sup>(11)</sup>, las correlaciones observadas en nuestro estudio no son más elevadas entre las aflicciones más psicológicas (miedo, ansiedad) que entre las más conductuales o sintomáticas (movilidad, dolor, etc.). La elevada correlación de la fatiga con las dificultades para descansar por la noche ( $r=0.7$ ) es coherente con los datos revisados por Ancoli-Israel y colaboradores<sup>(9)</sup>, sobre las dificultades para el mantenimiento de los ritmos de sueño y la fatiga.

En cuanto a las expectativas, en nuestro estudio empírico se han mostrado como posibles variables cognitivas mediadoras de la experiencia de la fatiga: las pacientes que tienen pocas expectativas de resultado presentan significativamente mucha más fatiga que las demás. Para mantener constante el posible efecto de la fase de la enfermedad en que se encuentra cada paciente, hemos analizado las relaciones expectativa-fatiga en el grupo con mayor fatiga, es decir, el que se encuentra en la fase avanzada de la enfermedad. También en este caso las expectativas se relacionan con la fatiga: las personas en fase avanzada de enfermedad con elevadas expectativas de resultado muestran significativamente

menos fatiga que las pacientes con bajas expectativas de resultado. Todas estas tendencias vuelven a observarse cuando comparamos la fatiga en función del nivel de expectativas de eficacia. A mayor expectativa de eficacia menor fatiga, pero las diferencias, aunque significativas entre los grupos extremos (altas versus bajas expectativas de eficacia), son menos acusadas que en el caso de las expectativas de resultados. Por otra parte, en el subgrupo de pacientes con enfermedad avanzada las diferencias no son significativas. Así pues parece ser que el mantenimiento de las expectativas de resultado es más importante para el bienestar de las pacientes que el mantenimiento de las expectativas de eficacia, probablemente porque, en cáncer, sentirse capaz de hacer todo lo necesario no sirve de mucho si no se acompaña de la creencia en un resultado positivo.

En conclusión, independientemente de la multitud de causas que pueden influir en la presencia de la fatiga, al menos una parte de la solución parece que podría ser psicológica: mantener expectativas de resultado positivo ayuda a experimentar menos fatiga, aunque el paciente se encuentre en una fase avanzada de enfermedad. El presente cansa más si no se ve algo positivo en el futuro. Quizá por esto la esperanza (o alguna forma de esperanza) es lo último que se pierde (o se debería perder).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knowles G, Borthwick D, McNamara S, Miller M, Leggot, L. Survey of nurse's assessment of cancer related fatigue. *Eur J Cancer Care* 2000; 9: 105-13.
2. Lai J, Cella D, Chang C, Bode R, Heineemann, A. Item banking to improve, shorten and computerize self-reported fatigue: An illustration of steps to create a core item bank from the FACIT-Fatigue Scale. *Qual Life Res* 2003; 12: 485-501.
3. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet* 2003; 362, (23): 640-50.

4. Portenoy R, Itri L. Cancer-Related Fatigue: Guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4: 1-10.
5. Stein K, Jacobsen P, Blanchard C, Thors C. Further validation of the multidimensional fatigue symptom inventory-short form. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27 (1): 14-23.
6. Servaes, P, Prins, J, Verhagen, S y Bleijenberg, G. Fatigue after breast cancer and in chronic fatigue syndrome: similarities and differences. *J Psychosom Res* 2002; 52: 453-59.
7. Irvine, D, Vincent L, Bubela, N. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14: 188-99.
8. Jacobsen P, Andrykovski M, Thors C. Relationship of Catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72 (2): 355-61.
9. Ancoli-Israel S, Moore P, Jones V. The relationship between fatigue and sep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care* 2001; 10: 245-55.
10. Pater J, Zee B, Palmer M. Fatigue in patients with cancer: Results with National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group studies employing the EORTC QLQ-30. *Support Care Cancer* 1997; 5: 410-13.
11. Stone P, Richardson A, Ream E, Smith A, Kerr D, Kearney N. Cansancio relacionado con el cáncer: ¿inevitable, intratable y sin importancia? Resultado de una encuesta multicéntrica de pacientes. *Ann Oncol* 2000; 9 (10): 1241-45.
12. Stone P, Richardson M, Hern A, Hardy J. Estudio comparativo de la prevalencia, gravedad y correlaciones del cansancio en los pacientes con cáncer frente a un grupo control de voluntarios sin cáncer. *Ann Oncol* 2000; 9 (7): 834-41.
13. Curt G, Breitbart W, Cella D, Groopman J, Horning S, Itri L, Jhonson D, Maiskowsky C, Scherr S, Portenoy R, Vogelzang N. Efecto del cansancio en relación con el cáncer sobre las vidas de los pacientes: nuevos hallazgos de la coalición sobre el cansancio *Oncologist*, 2000; 5 (5): 372-80.
14. Bus N, Haberman M, Donaldson G, Sullivan K. Quality of life of 125 adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. *Soc Sci Med* 1995; 40: 479-90.
15. Fobair P, Hoppe R, Bloom J. Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 1986; 4:805-14.
16. Devlen J, Maguire P, Phillips P, Crowther D. Psychological problems associated with diagnosis and treatment lymphomas: II. Prospective study. *Br Med J Clin Res Educ* 1987; 295: 955-57.
17. Berglund G, Bolund C, Fornader T. Late effects of adjuvant chemotherapy and postoperative radiotherapy on quality of life among breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1991; 27: 1075-81.
18. Ferrell B, Grant M, Dean G, Funk B, Ly J. Bone tired. *Oncol Nurs Forum* 1996; 23: 1539-47.
19. Visser M, Smets E. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Supp Care Cancer* 1998; 6: 101-8.
20. Sadler I, Jacobsen P, Booth-Jones M, Belanger H, Weitzner, M, Fields K. Preliminary evaluation of clinical syndrome approach to assessing cancer-related fatigue. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23 (5): 406-16.
21. Hann D, Jacobsen P, Martin S, Kronish L, Azzarello L, Fields K. Fatigue in women treated with bone marrow transplantation for breast cancer: a comparison with women with no history of cancer. *Support Care Cancer* 1997; 5: 44-52.
22. Given C, Given B, Azzouz F, Kozachik S, Stommel M. Predictors of pain and fatigue in the year following diagnosis among elderly cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21 (6): 456-66.
23. Irvine D, Vincent L, Graydon J, Bubela N. Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nurs* 1998; 21: 127-35.
24. Smets E, Visser M, Garssen B, Frijda N, Oosterveld P, Haes J. (1998). Understanding the level of fatigue in cancer patients undergoing radiotherapy. *J Psychosom Res* 1998; 45 (3): 277-93.

25. Clements A, Sharpe M, Smkin S, Borril J, Hawton K. Chronic fatigue syndrome: a qualitative investigation of patients beliefs about the illness. *J Psychosom Res* 1997; 42 (6): 615-24.
26. Prins J, Bos E, Huibers M, Servaes P, van der Werf S, van der Meer J, Bleijenberg G. Social support and the persistence of complaints in chronic fatigue syndrome. *Psychther Psychosom* 2004; 73: 174-82.
27. Regnard C, Mannix K. Weakness and fatigue in advanced cancer- a flow diagram. *Palliat Med* 1992; 6: 253-56.
28. Graydon J, Bubela N, Irvine D, Vincent L. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18 (1): 23-8.
29. Sharpe M, Hawton K, Simkin S, Surawy C, Hackmann A, Klimes I, Peto T, Warrell D, Seagroatt V. Cognitive behavior therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. *Br Med J* 1996; 312: 22-6.
30. Font A. Relaciones entre expectativas de resultado teórico, expectativas de resultado autorreferencial, y expectativas de auto-eficacia. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1991; 23 (1): 53-69.
31. Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anu. Psicol.* 1994; 61: 41-50.
32. Aistars, J. Fatigue in the cancer patient: a conceptual approach to a clinical problem. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14: 25-30.