

## ESTUDIO LONGITUDINAL DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Celina Padierna\*, Concepción Fernández\*, Isaac Amigo\*, José Manuel Gracia\*\*, Roberto Fernández\*\*, Ignacio Peláez\*\* y Marino Pérez\*

\*Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.

\*\*Unidad Oncológica Médica. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.

### Resumen

**Objetivo.** Realizar una evaluación longitudinal de los parámetros de calidad de vida en una muestra representativa de pacientes oncológicos utilizando distintos métodos (entrevistas semiestructuradas, cuestionarios estandarizados (escala de Karnofsky, HAD y QL-CA-AFex), registros y distintas fuentes de información (pacientes y médicos).

**Método.** Se seleccionaron de forma consecutiva 101 pacientes a su llegada a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes. Los parámetros de calidad de vida fueron evaluados en siete ocasiones: primera visita, antes de iniciar el tratamiento, segundo ciclo de tratamiento, tercer ciclo, último ciclo, y tres y seis meses después de finalizar el tratamiento.

**Resultados.** Se presentan los datos descriptivos y la evolución de los parámetros de calidad de vida desde el inicio de la enfermedad y a lo largo del tiempo.

**Conclusiones.** Las valoraciones de la calidad de vida informadas por distintas fuentes de información y por distintos métodos dio lugar a algunas discrepancias. Los resultados indicaron que en cada fase o momento de la enfermedad existen unos parámetros específicos que son los que resultan relevantes para el paciente cuando valora su calidad de vida.

**Palabras clave:** estudio longitudinal, evaluación, calidad de vida, Oncología.

### Abstract

**Purpose.** To realize a longitudinal quality of life evaluation in a representative sample of cancer patients by means of different instruments (semi-structured interviews, standardized questionnaires (Karnofsky Performance Status, HAD and QL-CA-AFex), registers) and by different observers (patients and doctors).

**Method.** 101 new patients in the cancer department of Cabueñes hospital were selected consecutively. Quality of life was assessed at seven time points: baseline, start of treatment, second cycle of treatment, third cycle of treatment, end of treatment, three and six months after treatment.

**Results.** Descriptive data and variations in quality of life over time are showed.

**Conclusions.** Comparison of quality of life reports informed by different methods and different observers showed some discrepancies. Results showed that there are relevant parameters in each moment of illness that contributes especially to patients' quality of life.

**Key word:** longitudinal, assessment, quality of life, Oncology.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la medida de la calidad de vida (CV) ha ido cobrando cada vez mayor importancia, observándose un considerable desarrollo de este campo de

investigación<sup>(1)</sup>. Actualmente, parece existir cierto consenso respecto a las características y dimensiones que conforman la CV, de modo que la mayoría de las definiciones delimitan cuatro ámbitos (síntomas, funcionalidad, alteraciones psicológicas y alteraciones sociales), y aluden a características como la subjetividad, la multidimensionalidad o el bienestar<sup>(2-6)</sup>. Si bien siguen existiendo importantes discrepancias en torno a la medición de dicho concepto.

### Correspondencia:

Concepción Fernández Rodríguez  
Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.  
Plaza Feijoo, s/n. 33003 OVIEDO  
E-mail: frconcha@uniovi.es

Según Ballatori<sup>(2)</sup>, en la actualidad existen más de 600 cuestionarios de CV validados, lo que pone en evidencia la ausencia de una aproximación uniforme a la medida de la CV. Y aunque existen instrumentos ampliamente utilizados con probadas propiedades psicométricas, como el QLQ-C30<sup>(7)</sup>, el FACT<sup>(8)</sup> o el RSCL<sup>(9)</sup>, algunos autores han comprobado que los resultados obtenidos mediante distintos instrumentos, a pesar de aludir a semejantes dimensiones, no son comparables<sup>(10)</sup>, de modo que son muchas las discrepancias existentes a la hora de concluir de forma clara y precisa sobre la CV y los aspectos que la condicionan en mayor medida.

La investigación de los indicadores de CV es un asunto prioritario que compromete los resultados sanitarios. Por tanto, la utilización de indicadores imprecisos o irrelevantes podría socavar la eficacia de los programas de tratamiento o de prevención que se diseñasen para la mejora de la CV a través de la reducción o desarrollo de tales indicadores, lo que a su vez, podría comprometer seriamente la pertinencia de decisiones sanitarias.

Ante este panorama, se plantearon como objetivos de estudio describir la evolución de los parámetros considerados definitorios de CV desde el inicio de la enfermedad utilizando distintos métodos de evaluación y distintas fuentes de información (pacientes y personal sanitario).

## MÉTODO

### Muestra

La muestra del estudio la componen 101 pacientes oncológicos con distintos tumores, en distintos estadios de la enfermedad y con diversos tipos de tratamiento.

Todos los oncólogos de la Unidad de Oncología del Hospital de Cabueñes (Asturias) participaron en la recogida de datos clínicos relacionados con la enfermedad, con el tratamiento y con el tipo de asistencia; y realizaron una valoración global de la CV de cada paciente en cada consulta médica.

Un psicólogo aplicó el resto de instrumentos utilizados, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, en los momentos previamente establecidos.

### Instrumentos

- *Protocolo clínico* elaborado ad hoc en el que se recogen datos sociodemográficos, datos relativos a la enfermedad, al tratamiento y al tipo de asistencia.
- *Índice de Karnofsky (IK)*<sup>(11)</sup>, en la que el médico valora el grado de autonomía del paciente en un rango de 0 a 100.
- *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)*<sup>(12)</sup>, formada por 14 ítems distribuidos en dos subescalas (ansiedad y depresión). Según los autores, la escala tiene un coeficiente de validez de 0.70 y una consistencia interna de 0.80. En los últimos años se ha incrementado su aplicación en pacientes oncológicos, y se han realizado estudios que confirman sus propiedades psicométricas en dicha población<sup>(13-16)</sup>. Sin embargo, existen discrepancias sobre los puntos de corte para considerar casos clínicos de ansiedad o depresión, de modo que algunos autores como López Roig et al.<sup>(17)</sup>, trabajando con una muestra española de pacientes oncológicos, han encontrado que los parámetros de sensibilidad y especificidad más adecuados aparecen utilizando como puntos de corte 9 en la escala de ansiedad y 4 en la escala de depresión.
- *Cuestionario de calidad de vida QLCA-Afex*<sup>(18)</sup>. Consta de 27 escalas visuales análogas que miden CV en relación con la salud, se puntúan de 0 a 100 (una mayor puntuación en una determinada escala significa mayor pérdida de CV relacionada con el aspecto valorado por dicha escala), y se agrupan en torno a cuatro subescalas: síntomas, autonomía,

dificultades familiares y sociales, y dificultades psicológicas. El último ítem del cuestionario se considera una escala global de CV. Según Font<sup>(18-19)</sup> el QL-CA-AFex posee una consistencia interna satisfactoria (rango: .76-.85) y fiabilidad test-retest (rango correlaciones: .58-.91). En cuanto a la validez, se ha comprobado que el QL-CA-AFex posee validez interna, externa, de constructo y discriminante.

- *Escala de CV valorada por el médico:* escala analógica 0-10 (las puntuaciones más bajas indican mayor pérdida de calidad de vida) en la que el médico indica su apreciación global de la CV del paciente en cada consulta.
- *Escala de CV valorada por el paciente:* escalas analógicas en las que el paciente indica su estado general percibido de 0-10 (las puntuaciones más bajas indican peor valoración); su salud percibida (las puntuaciones más bajas indican peor valoración); y los cambios percibidos en su vida cotidiana (las puntuaciones más bajas indican menor presencia de cambios) en los distintos momentos de evaluación.
- *Entrevistas semiestructuradas* diseñadas ad hoc<sup>(20)</sup> y adecuadas a cada momento de evaluación para valorar los distintos ámbitos o dimensiones que definen la CV, el afrontamiento del paciente en los distintos momentos del proceso de la enfermedad y la atención recibida en el Servicio de Oncología.

## Procedimiento

La selección de la muestra se realizó de forma consecutiva durante 12 meses con los pacientes adscritos al Servicio de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes de Gijón. Al finalizar la primera consulta, el oncólogo solicitaba el consentimiento del paciente para participar en el estudio. Ninguno de los pacientes rehusó participar ni

abandonó el estudio. En cada sesión médica, el oncólogo valoró la CV del paciente mediante escala analógica; y en los momentos a continuación descritos, el psicólogo indagó individualmente con cada sujeto las siguientes condiciones:

*Primera evaluación:* realizada antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia o en momento equivalente para el resto de los pacientes. En ella se administró el HAD y una entrevista en la que se indaga el estado general del paciente y se recogen las repercusiones de la enfermedad y/o el tratamiento previo en la vida del paciente, a nivel de síntomas, a nivel funcional y a nivel emocional.

*Segunda evaluación:* realizada antes del segundo ciclo de tratamiento o en momento equivalente para el resto de los pacientes, consistió en una entrevista en la que se registran los efectos secundarios del tratamiento y su repercusión en la actividad del paciente.

*Tercera evaluación:* llevada a cabo en el momento en que el paciente acudía para ponerse el tercer ciclo de tratamiento con quimioterapia o en tiempo equivalente para aquellos pacientes con otros tratamientos; incluye el QL-CA-AFex, el HAD y una entrevista que indaga principalmente: repercusiones de la enfermedad y/o el tratamiento en los tres niveles mencionados anteriormente, expectativas del paciente en relación al tratamiento, estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente, satisfacción con el personal sanitario y apoyo social percibido.

*Cuarta evaluación:* realizada en el último ciclo de tratamiento (o periodo equivalente), y formada por el HAD y una entrevista semejante a la de la tercera evaluación.

*Quinta y sexta evaluación:* realizadas tres y seis meses después del último ciclo de tratamiento, o en tiempo equivalente para los pacientes con otros tratamientos; incluyen el QL-CA-AFex y una entrevista de estructura similar a la descrita en la tercera y cuarta evaluación.

## Análisis estadístico

Para describir los parámetros que definen la CV en los distintos momentos de evaluación se obtuvieron los estadísticos descriptivos correspondientes en función del tipo de variable a estudiar.

Para evaluar longitudinalmente los parámetros que definen la CV se emplearon principalmente correlaciones adecuadas al tipo de variable y la prueba t para muestras relacionadas.

## RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 101 pacientes oncológicos, 36 hombres y 65 mujeres con una edad media de 54.7 (rango: 18-81, desviación típica: 13.5). La mayoría de los pacientes estaban casados o vivían en pareja (80.2%). Un 65% tenían estudios primarios (el 21% siguió estudios secundarios, un 5% eran universitarios y un 9% sin estudios). Las situaciones laborales más frecuentes fueron ama de casa (38.6%), jubilación (26.7%) y baja laboral (24.8%). El número de familiares con los que vivía el paciente oscilaba entre 0 y 5 (media 2.0, desv.típ.: 1.1), y tenían una media de 2 hijos (rango: 0-8, desv.típ.: 1.4).

Respecto a las características clínicas, los tumores más frecuentes fueron los de mama (44.6%), seguidos de los digestivos (20.8%) y los de pulmón (15.8%). En la mayoría de los casos, el tratamiento oncológico fue la quimioterapia en sus distintas modalidades (75.3%). Un 20.8% de los pacientes fueron tratados con hormonoterapia, un 1% con inmunoterapia y un 3% se encontraban en controles periódicos.

Teniendo en cuenta las variables indicativas de toxicidad de la O.M.S, la toxicidad por el tratamiento con citostáticos fue mínima en todas las evaluaciones, ya que en todas ellas se obtuvo una media inferior a 1, y una mediana igual a 0.

## Valoraciones globales de calidad de vida

En la tabla 1 se muestran los datos descriptivos (media  $\pm$  desviación típica) de las valoraciones globales de CV realizadas por los pacientes y los médicos, y el IK en los distintos momentos de evaluación. La mediana del IK se mantuvo en 90 a lo largo del tiempo, y se observaron correlaciones significativas ( $p < 0.01$ ) entre los índices obtenidos en cada evaluación, aunque no se encontraron diferencias de medias significativas entre ellos.

## Parámetros de calidad de vida evaluados mediante entrevistas semiestructuradas

En las tablas expuestas a continuación se presentan los datos descriptivos de los distintos parámetros de CV (síntomas, variables emocionales y funcionalidad), para después discutir sobre estos resultados.

Los datos descriptivos de los síntomas referidos por los pacientes antes y después del tratamiento y entre los ciclos de tratamiento o consultas en los distintos momentos de evaluación se muestran en la tabla 2. En dicha tabla se recogen aquellos síntomas en los que se observó una mayor variabilidad.

Tabla 1. Datos descriptivos de las escalas globales de CV y el IK

EVALUACIÓN	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Estado general percibido (0-10)	7.4 $\pm$ 2.8	7.8 $\pm$ 2.7	8.4 $\pm$ 2.0	8.0 $\pm$ 2.5	8.3 $\pm$ 2.2	8.1 $\pm$ 2.6
Cambios percibidos (10-0)	3.4 $\pm$ 3.9	1.9 $\pm$ 3.2	1.5 $\pm$ 3.0	2.3 $\pm$ 3.3	1.6 $\pm$ 3.0	1.5 $\pm$ 2.8
Salud percibida (0-10)	8.3 $\pm$ 2.2	8.1 $\pm$ 3.1	8.4 $\pm$ 2.6	7.7 $\pm$ 2.6	8.5 $\pm$ 2.1	8.5 $\pm$ 2.2
Cv valorada por el médico (0-10)	8.3 $\pm$ 1.3	8.4 $\pm$ 1.1	8.6 $\pm$ 0.9	8.4 $\pm$ 1.5	8.9 $\pm$ 1.0	8.8 $\pm$ 1.0
IK (0-100)		87.5 $\pm$ 8.4	88.7 $\pm$ 8.0	89.1 $\pm$ 6.4	89.1 $\pm$ 6.2	89.2 $\pm$ 8.0

Tabla 2. Porcentaje de pacientes que refieren síntomas antes, durante y entre los ciclos de tratamiento o consultas

EVALUACIÓN	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Náuseas pre						
0 días		98.8	99.0	96.4	97.1	100
1-5 días		1.2	1.0	3.6	1.4	0
6-10 días		0	0	0	1.4	0
Náuseas post						
0 días		67.9	71.0	75.0	91.4	92.5
1-5 días		24.7	19.0	16.1	7.1	6.0
6-10 días		7.4	10.0	8.9	1.4	1.5
Náuseas continuo						
0 (nunca)		93.8	96.0	94.6	98.6	95.5
1 (raramente)		0	0	0	0	0
2 (a veces)		3.7	2.0	3.6	1.4	3.0
3 (con frecuencia)		0	2.0	0	0	1.5
4 (siempre)		2.5	0	1.8	0	0
Falta de apetito pre						
0 días	100	98.8	100	100	97.1	100
1-5 días	0	1.2	0	0	1.4	0
6-10 días	0	0	0	0	1.4	0
Falta de apetito post						
0 días	100	66.7	82.0	73.2	94.3	92.5
1-5 días	0	23.5	11.0	14.3	4.3	4.5
6-10 días	0	9.8	7.0	12.5	1.4	3.0
Falta de apetito continuo						
0	78.6	75.3	70.0	78.6	78.6	82.1
1	0	0	0	0	1.4	0
2	1.8	2.5	7.0	0	5.7	6.0
3	8.9	14.8	12.0	10.7	8.6	4.5
4	10.7	7.4	11.0	8.9	5.7	7.5
Problemas para dormir pre						
0 días	100	90.1	89.0	78.6	90.0	92.5
1-5 días	0	9.9	11.0	19.6	8.6	4.5
6-10 días	0	0	0	1.8	1.4	3.0
Problemas para dormir post						
0 días	92.9	87.7	97.0	94.6	98.6	97.0
1-5 días	7.1	6.2	1.0	3.6	1.4	0
6-10 días	0	6.2	2.0	1.8	0	3.0
Problemas para dormir continuos						
0	75.0	79.0	75.0	71.4	71.4	64.2
1	0	0	0	0	0	1.5
2	12.5	9.9	13.0	16.1	14.3	23.9
3	10.7	6.2	8.0	10.7	14.3	10.4
4	1.8	4.9	4.0	1.8	0	0
Fatiga continuo						
0	83.9	90.1	87.0	83.9	91.4	94.0
1	1.8	0	0	0	0	1.5
2	8.9	6.2	8.0	12.5	4.3	3.0
3	3.6	1.2	3.0	3.6	4.3	1.5
4	1.8	2.5	2.0	0	0	0
Cansancio post						
0 días	98.2	90.1	93.0	87.5	98.6	97.0
1-5 días	1.8	6.2	4.0	1.8	1.4	0
6-10 días	0	3.7	3.0	10.7	0	3.0
Cansancio continuo						
0	62.5	49.4	46.0	46.4	54.3	55.2
1	0	2.5	1.0	0	1.4	0
2	16.1	17.3	21.0	28.6	18.6	25.4
3	14.3	13.6	25.0	19.6	22.9	16.4
4	7.1	17.3	7.0	5.4	2.9	3.0
Dolor post						
0 días	94.6	87.7	93.0	91.1	95.7	97.0
1-5 días	5.4	12.3	6.0	7.1	4.3	3.0
6-10 días	0	0	1.0	1.8	0	0
Dolor continuo						
0	32.1	63.0	58.0	71.4	58.6	52.2
1	1.8	0	2.0	0	0	4.5
2	35.7	21.0	31.0	17.9	30.0	35.8
3	12.5	11.1	6.0	8.9	8.6	6.0
4	17.9	4.9	2.0	1.8	2.9	1.5

Pre (síntomas referidos por el paciente en los días previos a la consulta/tratamiento); post (síntomas referidos en los días siguientes a la consulta o administración del tratamiento); continuo (síntomas referidos entre los ciclos de tratamientos consultas).

**Tabla 3. Porcentaje de pacientes que refieren alteraciones emocionales en los distintos momentos de evaluación**

EVALUACIÓN	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
Ansiedad percibida pre						
0 días	67.9	77.8	83.0	83.9	72.9	64.2
1-5 días	32.1	22.2	15.0	16.1	24.3	23.9
6-10 días	0	0	2.0	0	2.9	8.9
11-15 días	0	0	0	0	0	3.0
Ansiedad percibida post						
0 días	96.4	96.3	98.0	98.2	95.7	95.5
1-5 días	3.6	3.7	2.0	1.8	4.3	3.0
6-10 días	0	0	0	0	0	1.5
Ansiedad percibida continua						
0 (nunca)	69.6	85.2	76.0	75.0	80.0	79.1
1 (raramente)	0	2.5	2.0	1.8	2.9	0
2 (a veces)	16.1	4.9	13.0	14.3	12.9	16.4
3 (con frecuencia)	14.3	1.2	6.0	7.1	2.9	4.5
4 (siempre)	0	6.2	3.0	1.8	1.4	0
Depresión percibida pre						
0 días	100	97.5	96.0	100	95.7	92.5
1-5 días	0	2.5	4.0	0	2.9	4.5
6-10 días	0	0	0	0	1.4	3.0
Depresión percibida post						
0 días	92.9	87.6	94.0	5.4	98.6	95.5
1-5 días	7.1	9.9	3.0	3.6	0	1.5
6-10 días	0	2.5	3.0	0	1.4	3.0
Depresión percibida continua						
0	32.1	45.7	42.0	28.6	40.0	44.8
1	7.1	6.2	10.0	5.4	8.6	6.0
2	46.4	32.1	38.0	48.2	40.0	41.8
3	12.5	8.6	8.0	12.5	10.0	7.4
4	1.8	7.4	2.0	5.4	1.4	0
Ira percibida pre						
0 días	100	100	98.0	96.4	97.1	95.5
1-5 días	0	0	2.0	3.6	2.9	3.0
6-10 días	0	0	0	0	0	1.5
Ira percibida post						
0 días	100	97.5	98.0	96.4	98.6	95.5
1-5 días	0	0	2.0	1.8	1.4	0
6-10 días	0	2.5	0	1.8	0	4.5
Ira percibida continua						
0	78.6	81.5	66.0	37.9	74.3	80.6
1	5.4	1.2	4.0	1.8	0	1.5
2	14.3	14.8	22.0	19.6	20.0	13.4
3	1.8	2.5	8.0	8.9	4.3	3.0
4	0	0	0	1.8	1.4	1.5
Preocupación por tratamiento						
0 (nada)	28.6	60.5	81.2	87.5	17.1	19.4
1	14.3	13.6	4.0	0	1.4	1.5
2	21.4	9.9	8.9	8.9	4.3	0
3	14.3	8.6	1.0	1.8	1.4	1.5
4 (mucho)	21.4	7.4	2.0	1.8	0	0
Por el futuro propio						
0	57.1	50.6	59.4	50.0	55.7	59.7
1	3.6	6.2	6.9	10.7	10.0	10.4
2	12.5	23.5	11.9	16.1	21.4	20.9
3	16.1	13.6	13.9	19.6	10.0	7.5
4	10.7	6.2	5.9	3.6	2.9	1.5
Por el futuro de otros						
0	55.4	67.9	81.2	78.6	90.0	83.6
1	3.6	2.5	1.0	3.6	1.4	4.5
2	7.1	11.1	4.9	8.9	1.4	10.4
3	12.5	13.6	5.9	5.4	7.1	0
4	21.4	4.9	4.9	3.6	0	1.5

Pre (alteraciones emocionales percibidas en los días previos a la consulta/tratamiento); post (alteraciones emocionales referida en los días siguientes a la consulta o administración del tratamiento); continuo (alteraciones emocionales referidas entre los ciclos de tratamiento o consultas).

En la tabla 3 se muestra el porcentaje de pacientes que refirieron alteraciones emocionales en los distintos momentos de evaluación antes, durante y después del tratamiento o la consulta.

En la tabla 4 se muestran los datos descriptivos referidos a las actividades cotidianas. En ella se indica el porcentaje de

pacientes que mantuvieron con normalidad dichas actividades, los que las mantuvieron con cambios y los que no las mantuvieron. Las actividades diarias en las que un mayor número de sujetos indicaron cambios debidos a la enfermedad y/o el tratamiento en los distintos momentos de evaluación fueron las domésticas, las laborales y las de ocio.

**Tabla 4. Porcentaje de pacientes que refieren cambios en las actividades y relaciones de la vida cotidiana**

	1ª evaluación			2ª evaluación			3ª evaluación			4ª evaluación			5ª evaluación			6ª evaluación		
	NM	C	M	NM	C	M	NM	C	M	NM	C	M	NM	C	M	NM	C	M
Trabajo	41.1	3.6	1.8	25.9	3.7	0	18.8	6.9	4.9	19.6	7.1	5.4	18.6	5.7	11.4	20.9	1.5	10.4
Cp	0	7.1	92.9	1.2	4.9	93.8	0	8.9	91.1	0	5.4	94.6	0	11.4	88.6	0	7.5	92.5
Casa	10.7	42.9	46.4	8.6	33.3	58.1	11.9	29.7	58.4	39.3	30.4	64.3	2.9	28.6	68.6	6.0	23.9	70.1
Ocio	14.3	37.5	48.2	11.1	28.4	60.5	12.9	26.7	60.4	5.4	35.7	58.9	1.4	31.4	67.1	6.0	20.9	73.1
Familia	0	37.5	48.2	0	25.9	71.6	2.0	12.9	84.2	0	12.5	83.9	1.4	5.7	90.0	1.5	11.9	83.6
Pareja	0	21.4	55.4	1.2	18.5	59.3	3.0	9.9	66.3	0	8.9	66.1	1.4	7.1	68.6	1.5	13.4	68.6
R. sexual	7.1	3.6	66.1	11.1	2.5	65.4	7.9	5.9	65.3	5.4	8.9	60.7	8.6	1.4	67.1	14.9	13.4	56.7
Amigos	1.8	41.1	57.1	7.4	23.5	69.1	4.9	17.8	77.2	3.6	14.3	82.1	2.9	10.0	87.1	3.0	22.4	74.6
Ánimo	0	12.5	87.5	6.2	18.5	75.3	6.9	20.8	72.3	10.7	14.3	75.0	1.4	18.6	80.0	3.0	22.4	74.6

NM: no mantiene; C: mantiene con cambios; M: mantiene con normalidad. Cp: cuidado personal.

## Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, HAD

Conforme a los criterios de López-Roig et al.<sup>(17)</sup> los porcentajes de casos de ansiedad en los momentos en que se aplicó el HAD fueron: 25% antes de iniciar el tratamiento, 7.9% en el tercer ciclo de tratamiento con quimioterapia o tiempo equivalente para otros tratamientos, y 4% al finalizar el tratamiento. Y los porcentajes de casos de depresión fueron: 55.4% antes de iniciar el tratamiento, 44.6% en el tercer ciclo y 42.9% al finalizar el tratamiento.

## Cuestionario de calidad de vida QL-CA-AFex

En la tabla 5 se muestran las puntuaciones medias obtenidas en las subescalas del QL-CA-AFex. En ella se puede ver que las subescalas en las que se obtuvo una mayor puntuación en las distintas evaluaciones fueron la de dificultades psicológicas y la de síntomas, si bien en los seguimientos las puntuaciones medias de todas las subescalas fueron inferiores.

**Tabla 5. Datos descriptivos del cuestionario de CV (media  $\pm$  desviación típica)**

	3ª evaluación	4ª evaluación	5ª evaluación
SÍNTOMAS (0-100)	10.5 $\pm$ 14.7	6.1 $\pm$ 9.5	6.0 $\pm$ 12.1
AUTONOMÍA (0-100)	6.9 $\pm$ 11.3	4.1 $\pm$ 9.8	3.9 $\pm$ 11.6
FAMILIA (0-100)	6.4 $\pm$ 9.2	2.4 $\pm$ 6.1	1.2 $\pm$ 3.1
PSICOLÓGICA (0-100)	14.2 $\pm$ 18.0	8.8 $\pm$ 12.2	7.0 $\pm$ 9.8
CV-G (0-100)	6.0 $\pm$ 15.2	2.9 $\pm$ 10.9	2.7 $\pm$ 13.1

CV-G: ítem de valoración general del a cv.

## Evolución de los parámetros de calidad de vida

Finalmente en la tabla 6 se muestra la evolución de las distintas variables registradas en cada dimensión, valoradas mediante distintos procedimientos en los diferentes momentos de evaluación.

## DISCUSIÓN

Las valoraciones globales realizadas por el paciente fueron bastante positivas (rango 6.6-8.5 sobre 10) en los distintos momentos de evaluación. Respecto al estado general, el empeoramiento en el primer seguimiento descrito en la tabla 6 podría venir explicado por la reacción emocional descrita por muchos pacientes una vez finalizado el tratamiento, caracterizada por sentimientos de tristeza, apatía, temor a la recidiva, y sorpresa ante tales sentimientos, dado que se ha finalizado el tratamiento y físicamente están casi recuperados. En cuanto a los cambios percibidos por el paciente en su vida cotidiana, parece observarse una normalización a partir del tercer ciclo de tratamiento, que podría explicarse bien por un mayor control de los efectos secundarios del tratamiento, o bien por una adaptación al tratamiento y a los síntomas derivados del mismo. Y la percepción más negativa del estado de salud al finalizar el tratamiento, posiblemente se relaciona con la acumulación de algunos efectos secundarios del mismo, como el cansancio, que muchos pacientes refieren de forma continua.

En el análisis longitudinal de las valoraciones de CV realizadas por los médicos sólo se encontró una diferencia de medias significativa, que probablemente va unida a la finalización del tratamiento con la consecuente recuperación del paciente en la mayoría de los casos. Parece pues que aunque las puntuaciones del paciente cambian en las distintas evaluaciones, las valoraciones del personal sanitario en general se mantienen, y parecen menos sensibles a los cambios percibidos por el paciente en su salud, en su rutina y en su estado general.

Estos resultados pondrían en evidencia algunas de las discrepancias existentes entre las distintas fuentes de información en la valoración de la CV.

Según el ítem global del QL-CA-AFex, la CV apenas estuvo afectada por el estado de salud, dado que se obtuvieron puntuaciones medias muy bajas (entre 2.7 y 6 sobre 100) y no se observaron cambios con el paso del tiempo. La comparación entre los resultados obtenidos mediante los distintos métodos de recogida de información llevaría a plantearse la sensibilidad del ítem global del QL-CA-AFex. Parece que este ítem es aún menos sensible a los cambios que el registro médico, lo que cuestionaría su utilidad. Por otra parte, los datos obtenidos confirmarían la idea de que un solo ítem no puede medir la CV<sup>(21)</sup>, ya que parece que falta información detallada sobre cómo los distintos dominios están afectados por la enfermedad y/o tratamiento.

En cualquier caso, habría que plantearse desde el punto de vista metodológico, la adecuación de hacer una sola pregunta global para valorar la CV. Los resultados obtenidos efectivamente fueron muy positivos, sin embargo, el paciente informa de problemas concretos y de determinados cambios en algunas actividades de su vida cotidiana. La misma discusión podría plantearse desde el punto de vista clínico, es decir, parece que las valoraciones globales apenas aportan información relevante sobre la que trabajar o diseñar determinadas intervenciones, y serán precisamente los "pequeños" problemas referidos por el paciente los que definan los objetivos y pautas de intervención. De modo que las valoraciones globales como tal darán una visión amplia de la situación, pero no informarán de problemas concretos que pueden ser importantes para el paciente y que podrían obviarse al quedar ocultos bajo una aparente normalidad.

En lo que se refiere a los síntomas informados por el paciente destacarían dos grandes bloques. El primero, importante sobre todo en las primeras evaluaciones realizadas durante el tratamiento, estaría formado



Tabla 6. Evolución de los parámetros de cv

	2ª evaluación	3ª evaluación	4ª evaluación	5ª evaluación	6ª evaluación
Estado general		+ .042 (1ª) + .009 (2ª)	+ .038 (1ª)	- .037 (3ª)	
Cambios percibidos	+ .001	+ <.001 (1ª)		+ <.001 (1ª)	+ .003 (1ª)
Salud percibida			- .045 (3ª)		
Cv valorada por el médico				+ .027 (1ª) + .018 (2ª)	
Náuseas post				+ .024 (3ª)	+ .015 (2ª) + <.001 (3ª) + .005 (4ª)
Vómitos post				+ .031 (2ª) + .047 (4ª)	
Estómago revuelto post				+ .007 (3ª)	+ <.001 (2ª) + <.001 (3ª) + <.001 (4ª)
Heridas boca post				+ .022 (3ª)	
Falta de apetito post	- <.001		- .007 (1ª)	+ .007 (2ª) + .007 (3ª) + .003 (4ª)	+ .011 (2ª) + .030 (3ª) + .015 (4ª)
Alteración de sabores post					+ .019 (2ª) + .006 (3ª) + .023 (4ª)
Alteración sabores continuo (k)			- .002 (2ª) - .019 (3ª)	+ .008 (4ª)	
Problema sueño post	- .036				
Problemas sueño (k)					- .021 (1ª)
Fatiga (k)			- .017 (2ª)		
Cansancio (k)		- .021 (1ª)		- .026 (1ª)	
Dolor (k)	+ <.001	+ <.001 (1ª)	+ <.001 (1ª)		+ .037 (1ª)
Ansiedad percibida pre					- .031 (2ª) - .007 (3ª) - .011 (4ª)
Ansiedad percibida (k)	+ .013		- .032 (1ª) - .003 (2ª)	+ .048 (1ª)	
Ira percibida (k)		- .002 (1ª)	- .020 (1ª)		
Preoc. Tratamiento	+ .003	+ <.001 (1ª) + .007 (2ª)	+ <.001 (1ª) + .010 (2ª)	+ .045 (1ª)	
Preoc. Futuro					+ .023 (1ª)
Preocupación futuro otros		+ .014 (1ª)	+ .021 (1ª)	+ .002 (1ª) + .008 (2ª)	+ <.001 (1ª) + .028 (2ª) + .034 (3ª)
HAD-A (ansiedad)		+ .029 (1ª)	+ <.001 (1ª) + .022 (3ª)		
Trabajo		+ .029 (2ª)		+ .026 (2ª)	
Casa				+ .016 (3ª)	
Ocio				+ .047 (3ª)	+ .016 (3ª)
Relación con los amigos				+ .009 (1ª) + .017 (2ª)	- .011 (5ª)
Relación con la familia			+ .012 (1ª)	+ .023 (1ª) + .009 (2ª)	+ .032 (2ª)
R. Pareja				+ .027 (2ª)	
Relaciones sexuales					- .039 (4ª) - .017 (5ª)
Estado de ánimo	- <.001	- .003 (1ª)	- .018 (1ª)	+ .040 (2ª)	- .037 (1ª)
Familia QL				+ <.001 (3ª)	+ <.001 (3ª)
Psicológica QL				+ .012 (3ª)	+ .002 (3ª)

En la tabla se muestra la significación estadística de las diferencias de medias observadas para las distintas variables. Entre paréntesis se indica el momento de evaluación en relación al que se han obtenido las diferencias. El sentido de dichas diferencias se indica con un signo + (mejor valoración global, menor sintomatología, menor alteración emocional, mayor normalidad en las actividades cotidianas implica, menor afectación en las subescalas del QL-CA-AFex) o con un signo - (peor valoración global, mayor sintomatología, mayor alteración emocional, mayores cambios en las actividades cotidianas, mayor afectación en las subescalas del QL-CA-AFex).

por los síntomas sucedidos en los días siguientes a la administración del tratamiento y generalmente derivados del mismo (náuseas, vómitos, revoltura de estómago, alteración de los sabores/ olores). Para estos síntomas, en general se observó mejoría con el paso del tiempo. El segundo bloque lo formarían los síntomas continuos sucedidos entre las consultas o ciclos de tratamiento, entre los que destacarían el cansancio, el dolor, las alteraciones del sueño y la pérdida de apetito, y cuya relevancia ya ha sido informada por otros autores<sup>(22-26)</sup>. En el presente estudio, excepto el dolor, que fue disminuyendo con el paso del tiempo de forma significativa, el resto de estos síntomas fueron referidos por el paciente ya en la segunda evaluación, estuvieron presentes en todo momento, y en general se fueron incrementando con el paso del tiempo. Además, habría que señalar la importancia del cansancio, no solo por su prevalencia sino también por su duración, dado que en los seguimientos, en torno al 45% de los pacientes seguían refiriendo este síntoma. Algunos autores<sup>(27)</sup> han considerado el cansancio como un efecto secundario de larga duración con repercusiones importantes en la vida diaria del paciente, y han propuesto la necesidad de programas de intervención dirigidos a manejarlo.

La sintomatología informada por la subescala correspondiente del QL-CA-AFex fue mínima, obteniéndose puntuaciones medias comprendidas entre 6 y 10.5 sobre 100, y no cambió de forma significativa con el tiempo. En esta ocasión, cabría plantearse la problemática de considerar la puntuación media de los seis ítems que constituyen dicha subescala. Parece que los síntomas más relevantes son el cansancio y el dolor, sin embargo, la subescala está formada por cuatro ítems más, y la baja puntuación en tales ítems podría estar explicando las bajas puntuaciones medias en la subescala del QL-CA-AFex.

Respecto al estado emocional, los resultados obtenidos durante los tratamientos indican que el paciente parece sentirse más controlado, posiblemente porque acude

con frecuencia a la consulta, como mucho cada tres semanas. Sin embargo, una vez finalizado el tratamiento, se amplía el tiempo entre las consultas, pasando a controles cada dos, tres o incluso seis meses según el tipo de tumor, por lo que con frecuencia los pacientes refieren temor a la posibilidad de que durante este tiempo la enfermedad vuelva a aparecer, lo que explicaría los cambios observados respecto a los estados de ansiedad percibidos por el paciente como se muestra en la tabla 6. Según Lampic et al.<sup>(28)</sup>, a menudo vivir con un grado importante de incertidumbre, como viven muchos "supervivientes" al cáncer, puede resultar en un incremento de los niveles de ansiedad, así como respuestas de ansiedad elevada ante determinadas situaciones.

Por otra parte, aunque algunos autores han indicado que la ansiedad es incluso más frecuente que la depresión en pacientes oncológicos<sup>(13, 29)</sup>, en el presente estudio, el estado de ánimo deprimido a lo largo de la enfermedad, fue la alteración emocional referida por un mayor porcentaje de pacientes. Los síntomas depresivos se han considerado respuestas importantes al diagnóstico, tratamiento o progresión de la enfermedad neoplásica<sup>(30-31)</sup>. Según los datos descritos en la tabla 3 el estado de ánimo deprimido normalmente fue informado entre los ciclos de tratamiento o las consultas, y no en los días anteriores ni posteriores al tratamiento. Al igual que sucedía con la variable referida a la ansiedad entre los tratamientos, se observó que los momentos en los que un mayor porcentaje de pacientes afirmaban sentirse tristes eran antes de iniciar el tratamiento (casi el 70% de los pacientes) y al finalizarlo (71.4%). Y aunque en los seguimientos parece observarse una disminución paulatina en el porcentaje de pacientes que refieren sentirse tristes o deprimidos, dicho porcentaje sigue siendo importante (55-60%) y las diferencias con evaluaciones previas no son significativas.

En general, en lo que se refiere a la ansiedad y depresión percibida por el paciente, se confirmaron los resultados obtenidos por otros autores<sup>(27,32,33)</sup>, obser-

vando que la ansiedad es más elevada al inicio del tratamiento, mientras que la depresión tiende a aumentar durante la fase de tratamiento.

La preocupación relacionada con el tratamiento fue importante antes de iniciarlo, dándose en más de un 70% de los pacientes. Sin embargo, pasado el primer ciclo dicha preocupación empieza a disminuir de forma significativa hasta ser referida solo por un 10-15% de los pacientes. La preocupación inicial parece lógica ante la incertidumbre de cómo será el tratamiento. Por otra parte, la toma de medidas activas contra la enfermedad, el contacto frecuente con el equipo médico que permite realizar preguntas y comentar las preocupaciones existentes, con el apoyo que esto implica, podrían explicar la disminución en la preocupación referida por el paciente<sup>(32)</sup>.

La preocupación por el futuro propio se dio entre el 40 y el 50% de los casos, y más o menos se mantuvo en las distintas evaluaciones. Esta preocupación es consistente con la literatura que muestra que, con frecuencia, los pacientes están "atormentados" por la preocupación por determinadas áreas relacionadas con la enfermedad como es el riesgo de recidiva<sup>(34)</sup>; y esa incertidumbre sobre el futuro y el miedo a la recurrencia una vez finalizado el tratamiento sigue siendo expresada con frecuencia por un importante número de supervivientes<sup>(35)</sup>. Sin embargo, a pesar de la relevancia de dicha preocupación, considerada una variable con impacto en la CV del paciente<sup>(36)</sup> han desarrollado pocas intervenciones educativas y de apoyo para aliviar el miedo a la recurrencia<sup>(24)</sup>. Estos resultados acentúan por tanto la importancia de desarrollar intervenciones con el objetivo de mejorar el conocimiento, desmontar los mitos y tratar los miedos de que el cáncer vuelva a aparecer.

Respecto a la preocupación por el futuro de otras personas, en general fue informada por un menor número de pacientes. En el momento inicial, antes de empezar el tratamiento, fue cuando un mayor porcentaje de pacientes refirieron esta preocupa-

ción (45%), pero a partir del tercer ciclo de tratamiento, este porcentaje disminuyó de forma significativa en cada evaluación. Esta tendencia probablemente se relaciona con la preocupación por el tratamiento y sus implicaciones. Al principio el paciente no sabe cómo reaccionará y con frecuencia refiere temor ante la posibilidad de verse limitado en sus actividades cotidianas, normalmente relacionadas con la atención de su familia o su casa. Pero a medida que pasan los tratamientos, las actividades de la vida cotidiana del paciente empiezan a normalizarse, y la preocupación por el futuro de las personas cercanas disminuye.

Teniendo en cuenta la valoración clínica del HAD, se observa en general una disminución en el porcentaje de casos con el paso del tiempo. Las tasas de prevalencia obtenidas en el presente estudio fueron bastante similares a las encontradas por López-Roig et al.<sup>(17)</sup>. Además, los resultados se aproximaron a los de otros estudios respecto a los casos de ansiedad, aunque en general se observó una prevalencia mayor de casos de depresión<sup>(37)</sup>.

En las tres evaluaciones en las que se administró el HAD no se observaron diferencias de medias significativas para la escala de depresión, aunque sí para la escala de ansiedad que fue disminuyendo con el paso del tiempo, como se señala en la tabla 6. Los resultados obtenidos por el equipo de Hammerlid<sup>(38-39)</sup> también mostraron que los niveles de ansiedad mejoraban significativamente con el paso del tiempo, pasando del 32% de casos posibles y probables en el diagnóstico al 20% un año después, y al 16% al cabo de tres años; mientras que los niveles de depresión eran estables desde el diagnóstico hasta el primer año después del tratamiento, y disminuían significativamente al tercer año.

Las puntuaciones medias obtenidas en la subescala de dificultades psicológicas del QL-CA-AFex fueron bajas a lo largo de todo el estudio (7-14.2 sobre 100), si bien es cierto que se observó una disminución en los dos seguimientos respecto al tercer ciclo de tratamiento (tabla 6). Estos resultados son

contradictorios con los obtenidos por Gritz et al.<sup>(40)</sup>, que informan de un incremento en el número de dificultades psicológicas con el paso del tiempo, aunque otros autores<sup>(32)</sup> también confirman una disminución en las alteraciones emocionales con el paso del tiempo y un mayor ajuste psicosocial, que sería coherente con las diferencias de medias observadas para las subescalas de dificultades sociales y dificultades psicológicas del QL-CA-AFex.

Respecto a las actividades y relaciones de la vida cotidiana del paciente, en general, podría decirse que estuvieron más alteradas antes de iniciar el tratamiento, y poco a poco se fueron normalizando. Los resultados obtenidos (ver tabla 6) muestran que la primera actividad en recuperarse fue la laboral, observándose cambios significativos en el tercer ciclo de tratamiento respecto al inicio del mismo. Al finalizar el tratamiento, ya se encontraron cambios en las relaciones familiares. Y es en el primer seguimiento cuando se normalizan la mayoría de los ámbitos de la vida cotidiana estudiados (actividades domésticas, actividades de ocio, relaciones con los amigos, relaciones de pareja). Sin embargo, también se encontraron algunas excepciones a esta normalización entre las que destacarían la alteración del estado de ánimo con el paso del tiempo y la alteración en las relaciones sexuales en los seguimientos. Respecto a las alteraciones en las relaciones sexuales otros autores han apuntado a su posible relación con algunos efectos secundarios del tratamiento como el cansancio, las dificultades para dormir o el malestar emocional<sup>(32,40,41)</sup>. Algunos incluso han observado que las distintas actividades y funciones se recuperan totalmente un año después del diagnóstico, excepto las relaciones sexuales<sup>(22)</sup>. Tales alteraciones deben destacarse, dado que con frecuencia, son aspectos que muchas veces no se tienen en cuenta en las evaluaciones de la CV.

A modo de conclusión, y pendientes de confirmar en seguimientos a más largo plazo y mediante análisis multivariados la evolución de las condiciones que hemos eva-

luado, se sugiere que en momentos diferenciales del tratamiento y enfermedad oncológica la presencia de determinados síntomas físicos y/o alteraciones emocionales, no sólo ocurren con una alta probabilidad sino que afectan de manera diferencial la calidad de la vida del paciente a lo largo del tratamiento. En consecuencia, cabría plantear también una actuación específica del equipo médico y psicológico para reducir o afrontar tales condiciones. Y conforme a nuestros datos, los momentos previos, el inicio y el final del tratamiento parecerían ocasiones particularmente importantes.

Se sugiere también que en la valoración de los estudios de calidad de vida de los pacientes oncológicos, junto con las garantías exigibles al procedimiento, parece fundamental tener en cuenta cuándo se han recogido los datos en tanto que las condiciones que afectan a la calidad de vida en un momento concreto de la enfermedad parecen ser diferentes en relación a otros. Es decir, no solo habría que distinguir, como suele ser habitual, entre las distintas fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, recidiva), sino el momento específico en que se realiza la evaluación. Baste señalar que, en el presente estudio, los resultados son claramente diferentes en el segundo ciclo respecto al tercero o al último. En definitiva, no parece justificado hablar de forma general de la CV de los pacientes oncológicos ni útil para desarrollar actuaciones terapéuticas orientadas a mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klee MC, King MT, Machin D, Hansen HH. Modelo clínico de evaluación de la calidad de vida de los pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. *Ann Oncol* 2000; 9(3): 293-301.
2. Ballatori E. Unsolved problems in evaluating the quality of life of cancer patients. *Ann Oncol* 2001; 12(suppl.3): S11-S13.
3. Barbarisi A, Parisi V, Parmeggiani U, Cremona F, Delrio P. Impact of surgical treatment on quality of life of patients with gas-

- trointestinal tumours. *Ann Oncol* 2001; 12 (supl.3): S27-S30.
4. Donnelly S, Walsh D. Quality of life assessment in advanced cancer. *Palliat Med* 1996; 10: 275-83.
  5. Roila F, Cortesi E. Quality of life as a primary end point in oncology. *Ann Oncol* 2001; 12(supl.3): S3-S6.
  6. Toledo M, Barreto MP, Ferrero J. Calidad de vida en Oncología. Una reflexión acerca de las cuestiones básicas conceptuales y metodológicas. *Oncología* 1993; 16: 15-28.
  7. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85(5): 365-76.
  8. Cella D, Tulsky D, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-9.
  9. De Haes JC, Welvaart K. Quality of life after breast cancer surgery. *J Surg Oncol* 1985; 28: 123-5.
  10. Holzner B, Kemmler G, Sperner-Unterwieser B, Kopp M, Dünser M, Margreiter R et al. Quality of life measurement in oncology—a matter of the assessment instrument? *Eur J Cancer* 2001; 37(18): 2349-56.
  11. Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634-56.
  12. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-8.
  13. Aass M, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer* 1997; 33(1): 1597-604.
  14. Gilbert FJ, Cordiner CM, Affleck IR, Hood DB, Mathieson D, Walker LG. Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer. *Eur J Cancer* 1998; 34(13): 2010-4.
  15. Razavi D, Allilaire JF, Smith M, Salimpour A, Verra M, Desclaux B, Saltel P, Piollet I, Gauvain-Piquard A, Trichard C, Cordier B, Fresco R, Guillibert E, Sechter D, Orth JP, Bouhassira M, Mesters P, Blin P. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(3): 205-10.
  16. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Pastor MA, Mora M, Martín-Aragón M, Leyda JL, Neipp MC, Lizón J. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamientos de quimioterapia. *An Psicol* 2000; 16(2): 111-22.
  17. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B, Rodríguez-Marín, Leyda JL, Martín Aragón M, Sitges E. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Rev Psicol Sal* 2000; 12(2): 127-51.
  18. Font A. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. Tesis Doctoral 1988. Universidad Autónoma de Barcelona.
  19. Font A. Cáncer y calidad de vida. *An Psicol* 1994; 61: 41-50.
  20. Padierna C. Estudio de la calidad de vida en pacientes de la población oncológica de Asturias. Tesis Doctoral 2003. Universidad de Oviedo.
  21. Ochs J, Mulhern R, Kun L. Quality-of-life assessment in cancer patients. *Am J Clin Oncol* 1980; 11(3): 415-21.
  22. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Biorklund A, Janneert M, Westin T, Kaasa S. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part II: Longitudinal data. *Laryngoscope* 2001; 111(8): 1440-52.
  23. Costantini M, Mencaglia E, Giulio PD, Cortesi E, Roila F, Ballatori E, Tamburini M, Casali P, Licitra L, Candis DD, Massidda B, Luzzani M, Campora E, Placido SD, Palmeri S, Angela PM, Baracco G, Gareri R, Martignetti A, Ragosa S, Zoda L, Ionta MT, Bulletti S, Pastore L. Cancer patients as 'experts' in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Qual Life Res* 2000; 9: 151-9.

24. Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Pratheepan G. Quality of life in long-term cancer survivors. *ONF* 1995; 22(6): 915-22.
25. Ramírez AJ, Towlson KE, Leaning MS, Richards MA, Rubens RD. Do patients with advanced breast cancer benefit from chemotherapy? *Br J Cancer* 1998; 78(11): 1488-94.
26. Strömngren AS, Groenvold M, Pedersen L, Olsen AK, Sjogren P. Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. *Eur J Cancer* 2002; 38: 788-94.
27. Dodd MJ, Dibble S, Miaskowski C, Paul S, Cho M, MacPhail L, Greenspan D, Shiba G. A comparison of the affective state and quality of life of chemotherapy patients who do and do not develop chemotherapy-induced oral mucositis. *J Pain Symp Manage* 2001; 21(6): 498-505.
28. Lampic C, Wennberg A, Schill JE, Glimelius B, Brodin O, Sjødén PO. Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncol* 1994; 33(8): 887-94.
29. Maher EJ, Mackenzie C, Young T, Marks D. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaire to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treat Rev* 1996; 22(suppl.A): 123-9.
30. Goldberg RJ. Management of depression in the patient with advanced cancer. *JAMA* 1981; 246: 373-6.
31. Silberfarb PM, Greer S. Psychological concomitants of cancer: clinical aspects. *Am J Psychother* 1982; 36: 470-8.
32. Dow KH, Lafferty P. Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *ONF* 2000; 27(10): 1555-64.
33. Hammerlid E, Silander E, Hornestam L, Sullivan M. Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer—a longitudinal study. *Head & Neck* 2001; 23(2): 113-25.
34. Northouse LL, Cracchiolo-Caraway A, Pappas-Appel C. Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Semin Oncol Nurs* 1991; 7: 216-23.
35. Mast M. Survivors of breast cancer. Illness uncertainty, positive reappraisal, end emotional distress. *ONF* 1998; 25: 555-62.
36. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *J Palliat Care* 2002; 18(1): 48-58.
37. Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E et al. Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symp Manage* 1996; 12(5): 301-7.
38. Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, Bjordal K, Bjorklund A, Evensen J, Boysen M et al. A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer. *Br J Cancer* 1999; 80: 766-74.
39. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Bjorklund A, Janert M, Kaasa S, Sullivan M, Westin T. A prospective study of quality of life of head and neck cancer patients, I: at diagnosis. *Laryngoscope* 2001; 111: 669-80.
40. Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, Abemayor E. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol* 1999; 17: 352-60.
41. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Herrmann RE, Grundfest-Broniatowski S, Dowd RV. Partial mastectomy and breast reconstruction: a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 1995; 75: 54-64.