

T.O
C/122

37

101

El doctor

Laura Caffite

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Tesis doctoral de D. Lourdes Calvo Martínez

Dirigida por el Dr. Antonio Duque Amusco.

Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.





A mi familia.

8. 19611



Como cualquier otro trabajo de investigación, éste no hubiera sido posible sin la colaboración de una serie de personas a las que desde aquí quiero expresar mi gratitud. Especialmente y en primer lugar al Dr. Antonio Duque, director de esta tesis, quien ha sabido orientarme en los diversos momentos de dudas y quien generosamente me ha dedicado una parte importante de su tiempo. A José M^a Puerto, buen compañero de trabajo, que no sólo me ha ayudado en la recogida de datos, sino que ha conseguido que esta engorrosa tarea fuera en ocasiones hasta divertida. A Manuel Portillo que me ha animado y ayudado en el trabajo de cada día. Al Dr. José M^a Rubio, por el interés y la disponibilidad que ha mostrado hacia mi trabajo. Así mismo, quiero agradecer a todo el equipo del Departamento de Oncología Médica del Hospital Universitario "Virgen Macarena", Dr. Manuel Codes, M^a del Mar Barros, Ana Alberó y Margarita García quienes han colaborado en la entrega y recogida de los cuestionarios. A todos ellos también mi gratitud. Por último, algunas personas han colaborado puntualmente en las diversas tareas que genera una investigación de este tipo; sería difícil incluir el nombre de cada una, no obstante ellas saben bien que su ayuda ha contribuido a que yo no me sintiera sola en este trabajo.

INDICE

INDICE.....	5
INTRODUCCION.....	10
1.- Introducción General.....	11
2.- Cáncer de mama.	
2.1.- Epidemiología- Etiología.....	14
2.2.- Clínica y Diagnóstico	17
2.3.- Clasificación.....	20
2.3.1.- TNM Clínico.....	21
2.3.2.- pTNM Patológico.....	23
2.3.3.- Clasificación por estadios.....	23
2.3.4.- Clasificación Anatomopatológica.	23
2.4.- Tratamiento.....	30
2.4.1.- Tratamiento locorregional.....	30
2.4.2.- Tratamiento de la enfermedad avanzada.....	31
2.4.3.- Tratamiento de la enfermedad metastásica.....	31

3.- Concepto de calidad de vida.....	35
4.- Calidad de vida y cáncer.....	36
4.1.- Recuerdo histórico.....	37
4.2.- Componentes de la Calidad de Vida.....	38
5.- Instrumentos para la evaluación de la Calidad de Vida.....	49
5.1.- Observación Clínica.....	50
5.2.- Entrevistas.....	50
5.3.- Cuestionarios.....	51

METODOLOGIA

1.- Objetivo.....	63
2.- Sujetos.	
2.1.- Selección de la muestra.....	64

2.2.- Descripción de la muestra.....	66
2.2.1.- Variables sociológicas.....	66
2.2.2.- Variables clínicas.....	69
3.- Instrumentos de medida.....	79
3.1.- Cuestionario de la E.O.R.T.C.....	80
3.2.- Cuestionario F.L.I.C.....	91
3.2.1.- Consistencia interna de la escala y fiabilidad.....	92
3.2.2.- Validez.....	94
4.- Definición operativa de variables... 113	
5.- Hipótesis..... 117	
6.- Procedimiento experimental..... 118	

RESULTADOS

1.- Descripción de resultados.....	121
2.- Análisis de resultados.....	130
 Discusión de resultados.....	152

RESUMEN..... 164

CONCLUSIONES..... 168

BIBLIOGRAFIA..... 172

ANEXOS..... 199

INTRODUCCION

INTRODUCCION GENERAL

La inclusión de estudios sobre la de Calidad de Vida en los pacientes oncológicos es relativamente reciente. Clásicamente se han tenido en cuenta los aspectos de respuesta tumoral ó toxicidad de los tratamientos, dando menos importancia al bienestar general y psicológico del enfermo.

Durante los últimos años se está prestando gran atención a la Calidad de Vida en los pacientes oncológicos. Así, a la hora de decidir el tipo de tratamiento y, sobre todo cuando se hace con fines paliativos, se suele tener en cuenta la repercusión de éste sobre la Calidad de Vida global del enfermo.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres y una de las que conllevan más repercusión psicológica y social en la población femenina. Desde el diagnóstico inicial, las pacientes además de enfrentarse con el cáncer, tienen que hacerlo también con la repercusión de la mastectomía tanto a nivel físico como psicológico. Otras veces, en los casos de enfermedad avanzada el empleo de tratamientos tóxicos también deteriora la Calidad de Vida global de las enfermas.

Este estudio se plantea valorar la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama vistas en las consultas de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Para ello, en primer lugar se expone una revisión de los distintos métodos descritos en la literatura para valorar la Calidad de Vida en los pacientes oncológicos, haciendo especial hincapié en los métodos de autovaloración.

En el segundo capítulo se explican los métodos que se han empleado en este trabajo para valorar la Calidad de Vida: dos cuestionarios de autoevaluación específicos para enfermos con cáncer en general, junto con una valoración por el médico. Se ofrecen también los datos de fiabilidad y validez para la versión española de uno de los cuestionarios empleados.

Además, se describen otros datos tanto clínicos como sociológicos de las pacientes que me han parecido importantes de cara a valorar la calidad de vida de éstas.

En el tercer capítulo se describen y analizan los resultados obtenidos y se discute la confirmación o no de las hipótesis previstas.

Consciente de la importancia del tema que he elegido, espero que los datos expuestos a continuación contribuyan modestamente a fomentar la valoración de la Calidad de Vida en la clínica de cada día. Con los resultados que de ello se deriven, constituya una mejora de las relaciones médico-paciente, al valorar otros aspectos casi tan importantes como la mejoría clínica.

2.- CANCER DE MAMA

2.1.- EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres y la principal causa de mortalidad entre los 35 y los 50 años en los países industrializados.

Las tasas de incidencia varían de unos países a otros, siendo más alta en Norteamérica y norte de Europa, índices intermedios en el Sur de Europa y Sudamérica y baja en países asiáticos y africanos (1). España es un país de incidencia media, como ocurre en los países del Sur de Europa.

En España supone un 22,9% de todos los cánceres diagnosticados en la mujer.

Desde principios de siglo se ha constatado un aumento mantenido de la incidencia, pero las cifras de mortalidad se han mantenido relativamente constantes o con tendencia a disminuir, lo que podría explicarse por aumento de los diagnósticos precoces(2).

La incidencia del cáncer de mama en el varón es muy baja, suponiendo menos del 0,5% de todos los cánceres del varón y menos del 1% de todas las neoplasias de mama.

En cuanto a la edad, el diagnóstico es muy raro antes de los 25 años y posteriormente hay un

aumento constante de la incidencia hasta estabilizarse en las mujeres perimenopáusicas. A partir de los 60-65 años vuelve a aumentar la incidencia en los países con alto riesgo de cáncer de mama.

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para el cáncer de mama incluyen antecedentes menstruales, reproductivos y familiares.

Edad : mayor de 40 años.

Factores Menstruales: La menarquia temprana y la menopausia tardía aumentan el riesgo de cáncer de mama.

La castración protege frente al riesgo de cáncer de mama y la protección es tanto mayor cuanto más precoz haya sido.

Factores Reproductivos: El primer parto antes de los 20 años disminuye el riesgo; por el contrario, aumenta cuando es más tardío sobre todo en mayores de 35 años. El riesgo también es mayor en nulíparas.

Antecedentes familiares: Los familiares de primer grado de mujeres con cáncer de mama tienen un riesgo 2 veces mayor que la población general (3).

El riesgo aún es mayor en cáncer de mama premenopáusicos ó cáncer bilateral, llegando a ser 9 veces mayor si se dan estas dos circunstancias.

También en el cáncer de mama del varón es frecuente que existan antecedentes familiares.

Enfermedades previas:

La mayoría de enfermedades benignas de la mama no predisponen al posterior desarrollo del cáncer.

El cáncer previo de una mama predispone a padecer cáncer en la mama restante, en especial si ocurrió antes de la menopausia y también si el tipo anatomopatológico era el de lobulillar infiltrante.

Parece existir un mayor riesgo en pacientes con historia previa de adenocarcinoma de endometrio, ovario, colon-recto y glándulas salivares.

Consumo de alcohol: Algunos autores han descrito que el consumo importante de alcohol aumenta el riesgo, sobre todo en las mujeres premenopáusicas (4).

Factores socioeconómicos y Geográficos: Ya se ha expuesto con anterioridad la diferente incidencia entre unos países y otros. Hay que destacar también que las mujeres emigradas desde países de baja incidencia de cáncer de mama tienden a alcanzar la frecuencia del país al que han emigrado a lo largo de una ó varias generaciones.

La exposición a radiaciones ionizantes.

Otros posibles factores de riesgo:

El aumento del consumo de grasa de origen animal y la obesidad.

El tratamiento prolongado con estrógenos en la post-menopausia.

El uso de anovulatorios después de los 45 años, ó durante más de 4 años antes de tener el primer hijo puede aumentar el riesgo.

Uso prolongado de Reserpina.

2.2.-CLINICA Y DIAGNOSTICO:

El cáncer de mama en su inicio es prácticamente asintomático y ello hace que la paciente tarde tiempo en consultar desde que se nota la tumoración inicial. En la consulta diaria, el cáncer de mama puede presentarse como una lesión localizada y operable, como una lesión local inoperable, ó bien como enfermedad diseminada.

El signo más común en la exploración y en la historia clínica es la aparición de un bulto en la mama, la mayoría de las veces no doloroso y con algunas características que apoyan la malignidad: solitario, unilateral, sólido, de consistencia dura, mal delimitado, sin movilidad y no doloroso al tacto.

Otras veces el motivo de consulta es la presencia de secreción espontánea por el pezón de secreción hemorrágica ó sero-hemorrágica.

Otras manifestaciones iniciales en casos más avanzados pueden ser los cambios dérmicos (retracción del pezón, nódulos cutáneos), adenopatías axilares u otros síntomas de enfermedad generalizada.

Ante la sospecha de cáncer de mama hay que realizar una **historia clínica completa** haciendo especial hincapié en los antecedentes familiares oncológicos, antecedentes personales y en los posibles factores de riesgo para cáncer de mama y enfermedades ginecológicas previas.

Hay que realizar también una exploración clínica minuciosa con inspección y palpación de ambas mamas y búsqueda de adenopatías locorregionales.

Ante la sospecha clínica de carcinoma de mama se deben practicar exámenes radiológicos y de confirmación anatomopatológica.

Entre los métodos radiológicos la **Mamografía** es el método más sensible y específico de los que disponemos. Los signos radiológicos más sugestivos de malignidad son: la presencia de microcalcificaciones, distorsión ductal ó asimetría, disociación clínico-radiológica (palpación de una tumoración de mayor tamaño que la visualizada en la mamografía), halo peritumoral, engrosamiento de la piel ó del pezón y la forma irregular o espiculada.



Otros métodos radiológicos de utilidad: Xerorradiografía, Neumocistografía (que puede ser utilizada como terapéutica para lesiones quísticas benignas), Galactografía (que estaría indicada en los casos de secreción mamaria patológica) etc.

La **Ecografía** es el método más útil para diferenciar tumoraciones sólidas de quísticas.

La Termografía.

Para llegar a un diagnóstico de certeza necesitamos **confirmación anatomo-patológica** de la tumoración sospechosa, para esto podemos utilizar distintos métodos: La **citología por aspiración** con aguja fina. Es un método fácil, rápido y seguro si se dispone de experiencia técnica y citopatológica. La sensibilidad en el diagnóstico de la neoplasia es de 90-95%, casi sin falsos positivos (especificidad del 98%) (5).

Otros métodos para obtener muestras para estudio histológico son realizar frotis del exudado del pezón, bien espontáneo o por expresión y aplicación directa sobre el portaobjetos en la enfermedad de Paget o en lesiones ulceradas.

Si los tres parámetros (clínico, radiológico e histológico) son positivos, se puede considerar diagnóstico de certeza. En los casos que no sean positivos los tres, se hará siempre biopsia diferida de la tumoración sin estudio de extensión previo, salvo

en los casos de citología negativa en los que puede realizarse nueva citología.

Una vez establecido el diagnóstico de certeza se practicará el **diagnóstico de extensión** con la realización de hemograma completo; Bioquímica con determinación de calcemia, fosfatasas alcalinas (con sus isoenzimas hepáticas), SGOT, SGPT y GGT; determinación de marcadores tumorales (CA 15.3) y Rx de Tórax.

En caso de que los datos de la historia clínica ó las determinaciones bioquímicas hagan sospechar la existencia de metástasis, se procederá a practicar otras pruebas complementarias (Gammagrafía ósea, ecografía abdominal, Tac cerebral, etc..)

Una vez completado el estudio de extensión, procedemos a realizar la clasificación clínica TNM .

2.3.- CLASIFICACION TNM

Es necesario que la información sobre cada paciente pueda ser expuesta de forma concisa mediante la utilización de números ó letras que permitan clasificar a los distintos enfermos con claridad y rapidez.

La utilización de clasificaciones ayuda al clínico a plantear el tratamiento e informa sobre el pronóstico.

Desde hace años ha habido múltiples intentos de clasificar el cáncer de mama. Actualmente la

clasificación TNM es la que se usa de forma habitual y está aceptada internacionalmente. Esta clasificación ha sufrido variaciones hasta llegar a la de 1986.

2.3.1.- TNM CLINICO

Este sistema sólo es aplicable a carcinomas. Requiere confirmación histológica de la enfermedad. Debe ser recogido el sitio anatómico de origen, pero no se considera en la clasificación.

En caso de tumores múltiples y simultáneos en una mama, el mayor es el que define la T. Cuando el tumor es *bilateral* se define independientemente uno del otro.

El T se determina por examen físico y medición del tumor en la mamografía.

El N : se consideran ganglios regionales los:

1. *Axilares (ipsilateral) e Interpectoral (ganglio de Rotter)* que pueden ser divididos en tres niveles (axila inferior, medio y apical)

Nota: los ganglios intramamarios se consideran como axilares.

2. *De la cadena mamaria interna(ipsilateral)*

Nota: Cualquier ganglio situado en otro territorio, incluidos los de la fosa supraclavicular, cervicales o de la cadena mamaria interna contralateral, se consideran como metástasis.

El M: metástasis a distancia. Ver Tabla I (6)

TABLA I
TNM CLINICO

T = Tumor:

- T_x = El tumor primario no puede ser evaluado.
 T₀ = No existe evidencia de tumor primario.
 T_{is} = Carcinoma in situ (intraductal o lobular in situ.
 Enfermedad de Paget del pezón sin tumor palpable).
 T₁ = Tumor de menos de 2 cm en su dimensión mayor.
 - T_{1a} = Tumor de 0,5 cm ó menos.
 - T_{1b} = Tumor entre 0,5 y 1 cm.
 - T_{1c} = Tumor entre 1 y 2 cm en su dimensión mayor.
 T₂ = Tumor mayor de 2 cm y menor de 5 cm
 T₃ = Tumor mayor de 5 cm.
 T₄ = Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a piel o
 a la pared torácica (incluye costillas, músculos
 intercostales y músculo serrato anterior, pero no
 músculos pectorales).
 - T_{4a} = Extensión a pared torácica.
 - T_{4b} = Edema (incluida piel de naranja), o ulceración de la piel
 de la mama o nódulos satélites confinados en la misma.
 - T_{4c} = Ambas T_{4a} y T_{4b}.
 - T_{4d} = Carcinoma inflamatorio.

N = Ganglios

- N_x = Ganglios linfáticos sin evaluar.
 N₀ = No hay metástasis en ganglios axilares.
 N₁ = Metástasis en ganglios axilares, móviles e ipsilaterales.
 N₂ = Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales, fijados
 entre sí o a otras estructuras.
 N₃ = Metástasis en ganglios de la cadena mamaria interna
 ipsilaterales.

M = Metástasis a distancia:

- M_x = Metástasis a distancia sin determinar.
 M₀ = No existen metástasis a distancia.
 M₁ = Presencia de metástasis a distancia incluidos ganglios
 supraclaviculares.

2.3.2.- pTNM PATOLOGICO

El TNM clínico se obtiene por los datos de la historia clínica , estudios radiológicos complementarios y los datos obtenidos de la exploración quirúrgica (biopsia y citología).

El pTNM se establece después de realizar el tratamiento quirúrgico y estudio histopatológico.

Ver Tabla II.

2.3.3.- CLASIFICACION POR ESTADIOS:

En la Tabla III pueden verse los distintos estadios según el TNM.

Un factor de gran importancia en la enfermedad metastásica es el estado funcional del paciente. Los parámetros más utilizados en oncología son el de la ECOG (Tabla IV)(7) y el Karnofsky (Tabla V) (8).

2.3.4.CLASIFICACION

ANATOMOPATOLOGICA:

El examen histopatológico del cáncer de mama nos proporciona información para establecer el diagnóstico de la lesión y ayuda a determinar el pronóstico de la paciente.

En la Tabla VI se expone la clasificación anatomopatológica del cáncer de mama según la OMS (9).

TABLA II
CLASIFICACION PATOLOGICA (pTNM)

pT - Tumor primario

Sólo puede establecerse cuando se examina el tumor primario sin restos groseros del tumor en los bordes de resección.

Las categorías pT se corresponden con los T clínicos.

pN - Ganglios regionales

Requiere la resección y examen de al menos, los ganglios del nivel I de la axila.

pNx - ganglios linfáticos sin evaluar

pNo - no hay metástasis ganglionares.

pN1 - metástasis en ganglios ipsilaterales móviles.

pN1a - sólo micrometástasis (menores de 0,2cm)

pN1b - metástasis en ganglios axilares, algunos mayores de 0,2 cm.

pN1bi - metástasis de 1 a 3 ganglios, todos menores de 2 cm.

pN1bii - metástasis en 4 ó más ganglios axilares, todos menores de 2 cm.

pN1biii - extensión del tumor más allá de la cápsula de un ganglio linfático menor de 2 cm en su máxima dimensión.

pN1biv - metástasis en ganglios linfáticos mayores de 2 cm.

pN2 - metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijos entre si ó a otras estructuras.

pN3 - metástasis en ganglios de la cadena mamaria interna ipsilateral.

pM - Metástasis a distancia. (equivale a las categorías M)

TABLA III
AGRUPACION POR ESTADIOS

Estadio 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Estadio I	T ₁	N ₀	M ₀
Estadio IIA	T ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Estadio IIB	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Estadio IIIA	T ₀	N ₂	M ₀
	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁ , N ₂	M ₀
Estadio IIIB	T ₄	Cualquier N	M ₀
	Cualquier T	N ₃	M ₀
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M ₁

TABLA IV
PERFORMANCE STATUS (ECOG)

- 0 = Actividad completa, puede cumplir con todos los quehaceres igual que antes de la enfermedad, sin ninguna restricción.
- 1 = Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios.
- 2 = Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tiene que quedarse encamado durante <50% de las horas de vigilia.
- 3 = Sólo puede cuidarse en parte, encamado durante > 50% de las horas de vigilia.
- 4 = Totalmente invalido e incapaz de cuidarse, encamado por completo.
- 5 = Muerto.
-

TABLA V
ESCALA DE KARNOFSKY

100	= Normal, no hay signos ni síntomas de la enfermedad.
90	= Capaz de llevar a cabo una actividad normal, pero con signos ó síntomas leves de la enfermedad.
80	= Capaz de llevar a cabo una actividad normal con dificultad, signos ó síntomas de la enfermedad más marcados.
70	= Capaz de valerse por si mismo, no puede llevar a cabo una actividad normal o trabajo activo.
60	= Necesita ayuda ocasionalmente, pero es capaz de cubrir la mayor parte de sus necesidades.
50	= Necesita una ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	= Incapacitado, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	= Totalmente incapacitado, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	= Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	= Moribundo.
0	= Muerto.

TABLA VI
CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA DEL CANCER DE
MAMA.

I. TUMORES EPITELIALES:

1. No invasivos

- a/ Carcinoma intraductal
- b/ Carcinoma lobular in situ

2. Invasivos

- a/ Carcinoma ductal invasivo.
- b/ Carcinomaductal invasivo con componente intraductal predominante.
- c/ Carcinoma lobular invasivo.
- d/ Carcinoma mucinoso.
- e/ Carcinoma medular.
- f/ Carcinoma papilar.
- g/ Carcinoma tubular.
- h/ Carcinoma adenoide cístico.
- i/ Carcinoma secretor (juvenil).
- j/ Carcinoma apocrino.
- k/ Carcinoma con metaplasia.
- l/ Otros.

3. Enfermedad de Paget del pezón.

II. TUMORES MIXTOS: Tejido epitelial + conectivo.

- 1. Tumor Phylloides (cistosarcoma philloides)
- 2. Carcinosarcoma.

III. MISCELANEA (sólo malignos)

- 1. Tumores de partes blandas.
- 2. Tumores de la piel.
- 3. Tumores del sistema hematopoyético y linfoide.

IV. TUMORES SIN CLASIFICAR (sólo malignos).

El factor pronóstico más importante es la afectación axilar. El tamaño del tumor es otro factor pronóstico importante ya que está muy relacionado con la presencia de metástasis ganglionares que ensombrecen el pronóstico.

Dentro de los distintos tipos histológicos, el tubular, papilares y adenoides quísticos tienen una mejor evolución. El carcinoma medular también es de los de pronóstico favorable. Los carcinomas inflamatorios y los de células en anillo de sello tienen peor pronóstico.

Otros factores importantes son el grado de diferenciación tumoral, la invasión linfática, venosa y perineural intramamaria, la presencia de receptores, el contenido total de DNA y el índice de marcaje.

FACTORES PRONOSTICOS:

En la enfermedad localizada, el tamaño del T y la presencia de ganglios axilares parecen ser los más importantes. La ausencia de receptores se acompaña de peor pronóstico.

En la enfermedad metastásica: las metástasis únicas tienen mayor supervivencia que las metástasis múltiples. Para las distintas localizaciones, presentan mayor supervivencia las dérmico-ganglionares, seguidas de las óseas, pleuropulmonares y hepático-

cerebrales (2). La respuesta al tratamiento de las metástasis es el factor pronóstico más importante de la supervivencia en la enfermedad avanzada.

2.4.- TRATAMIENTO

2.4.1.- TRATAMIENTO LOCALREGIONAL:

(A continuación expongo la sistemática empleada en nuestro Hospital)

- En los estadios I y II con $T < 3$ cm se procederá a realizar Tumorectomía ampliada + vaciamiento axilar + radioterapia sobre mama.

- Los estadios II con $T > 3$ cm y estadio III-A se practicará mastectomía tipo Patey + vaciamiento axilar.

- Tanto en los estadios I y II ante la presencia de adenopatías axilares positivas como el III-A se procede a la aplicación de tratamiento adyuvante con Quimioterapia u Hormonoterapia según las características pre ó postmenopáusicas de la paciente y de la presencia o no de receptores en la tumoración. Este tratamiento también debería de llevarse a cabo en las pacientes que presentan otros factores de mal pronóstico como falta de receptores, índice de marcaje alto, aumento del DNA, etc..

2.4.2.- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AVANZADA:

- Los estadios III-B y IV, así como el carcinoma inflamatorio de mama son tributarios de tratamiento sistémico (con quimioterapia neoadyuvante u hormonoterapia) desde el comienzo, con asociación de Radioterapia en algunos de ellos. El tratamiento con hormonoterapia no estaría indicado en el carcinoma inflamatorio por la falta de receptores, salvo que se utilizara como sincronizador.

- En los estadios III-B dependiendo de la evolución podría hacerse posteriormente cirugía de rescate.

2.4.3.- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD METASTASICA:

- Recidiva locorregional:

Su pronóstico esta condicionado por el tratamiento empleado previamente. Las pacientes tratadas anteriormente con mastectomía tienen peor pronóstico que las que recibieron inicialmente tratamiento conservador.

La recidiva ganglionar sobre todo supraclavicular tiene peor pronóstico que la dérmica. En las recidivas mamarias tras tratamiento conservador debe practicarse mastectomía.

En las pacientes con mastectomía previa sin irradiación posterior deben ser tratadas con extirpación quirúrgica si son lesiones nodulares ó aisladas, más irradiación del lecho y de las cadenas ganglionares axilar y supraclavicular. En las que habían sido irradiadas previamente, la recidiva dérmica debe extirparse siempre que sea posible. Es recomendable la asociación de un tratamiento sistémico .

- Tratamiento de la enfermedad metastásica

- CIRUGIA:

Aparte de su uso en las indicaciones antes expuestas, puede estar indicada en algunos casos concretos de metástasis óseas (enclavamientos, prótesis ó descompresión)

- RADIOTERAPIA:

Está indicada en el tratamiento de metástasis óseas con fines antiálgicos y además disminuye el riesgo de fracturas patológicas.

En metástasis cerebrales puede aumentar la supervivencia y mejorar la sintomatología. Está indicada también en el tratamiento de la diseminación leptomeníngea, en la compresión de la médula espinal y en el de las metástasis coroideas.

- HORMONOTERAPIA:

En general responden bien al tratamiento hormonal las recidivas dérmicas, ganglionares, óseas y

pulmonares nodulares y no suele haber respuesta en las linfangíticas pulmonares.

Estaría indicado su uso en presencia de receptores hormonales positivos, en tumores bien diferenciados, de crecimiento lento, tras un intervalo libre de enfermedad prolongado y en pacientes postmenopáusicas.

En cuanto al tipo de tratamiento hormonal seleccionado, podría emplearse el Tamoxifeno en primera línea (o bien la castración en las premenopáusicas) seguido por los Progestágenos y Aminoglutetimida (en las postmenopáusicas podrían utilizarse también los Estrógenos y Andrógenos como cuarta y quinta línea respectivamente).

- QUIMIOTERAPIA:

En el caso del carcinoma avanzado de mama el tratamiento de elección debe ser sistémico, con hormonoterapia, quimioterapia ó combinaciones de ambas. En general, la poli-quimioterapia es más eficaz (excepto en los casos de receptores positivos), pero presenta más efectos secundarios que pueden perjudicar la calidad de vida de las enfermas.

En la actualidad la quimioterapia suele utilizarse en aquellos casos con receptores negativos, resistencia al tratamiento HT ó con metástasis de rápida evolución (linfangíticas pulmonares, hepáticas y óseas difusas).



Entre los factores que influyen en la respuesta al tratamiento quimioterapia hay que destacar, la pérdida de peso y el performance status, masa tumoral, localización de las metástasis (responden mejor las lesiones de partes blandas seguidas de las óseas y viscerales). Las tratadas previamente con quimioterapia ó radioterapia extensa responden peor a los sucesivos tratamientos.

En cuanto el tipo de fármacos a elegir, la adriamicina se considera el fármaco más eficaz en el cáncer de mama, pero también provoca más toxicidad (vómitos, alopecia y cardiológica) que otros fármacos. En la actualidad se están ensayando nuevas sustancias como la epirrubicina y mitoxantrone con resultados similares a los de la adriamicina pero con menos toxicidad, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Hay numerosas pautas de quimioterapia, pero no hay que olvidar que el cáncer de mama metastásico es una enfermedad incurable por lo que el tratamiento empleado debe intentar paliar los síntomas con la menor toxicidad posible.

En nuestro centro en las pacientes que no han hecho tratamiento adyuvante con CMF, iniciamos la quimioterapia paliativa con éste regimen prolongando el tratamiento hasta conseguir la mayor paliación posible de los síntomas. En los casos que

previamente habían recibido CMF optamos por una pauta que contenga adriamicina: VAM o CAF.

3.- CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El término de calidad de vida es un término vago usado para una variedad de propósitos en distintas situaciones (10).

El concepto de calidad de vida, no es susceptible de una definición simple y objetiva, ya que engloba múltiples aspectos médicos, emocionales y del nivel social del paciente. Claramente, el término de calidad de vida "engloba cosas muy diferentes para personas muy diferentes" , reflejando su propio punto de vista. (11) .La calidad de vida consiste en el conjunto de propiedades que hacen esa vida apreciable y mejor que la de otras personas (12).

Haciendo una revisión de la literatura, hay múltiples intentos de definir la calidad de vida; sin embargo su introducción en el campo de la salud, es de una época relativamente reciente. La definición de la salud dada por la OMS en 1947 es : " un estado de bienestar completo físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad y debilidad" (13) .

Desde un punto de vista psicológico, para su utilización, el concepto de calidad de vida puede dividirse en cinco áreas básicas :

a/ Capacidad funcional: la necesaria para desarrollar las actividades diarias, capacidad de desempeñar un puesto de trabajo y participar en actividades recreativas.

b/ Funciones sociales: relaciones con los amigos, la familia y la comunidad.

c/ Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y posibilidad de tomar decisiones.

d/ Estado Emocional: bienestar general, evaluación de la ansiedad, depresión y sentimientos de falta de adaptación.

e/ Situación económica; haciendo hincapié en la capacidad del paciente para mantener su vida habitual. Hay que tener en cuenta que si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales pueden empeorar significativamente (14).

4.- CALIDAD DE VIDA Y CANCER

Es un concepto relativamente nuevo en el campo de la oncología. Los estudios clínicos randomizados en pacientes con cáncer, se han centrado habitualmente en objetivos "palpables", como la respuesta tumoral ó

la toxicidad fisiológica de los medicamentos. Sin embargo se ha prestado poca atención a otros aspectos más sutiles relacionados con la psicología y actividades sociales de los pacientes, relación con sus familiares y amigos.

4.1.- Recuerdo Histórico:

Entre los primeros intentos para introducir aspectos psicosociales o de calidad de vida en oncología, tenemos el de Karnofsky y Burchenal (8) con la enumeración de un conjunto de cuatro criterios necesarios para evaluar los agentes quimioterápicos nuevos:

1. Mejoría subjetiva.
2. Mejoría objetiva.
3. Performance status
4. Duración de la respuesta y supervivencia.

Lo que ellos consideran "mejoría subjetiva", podría equivaler a algunas consideraciones básicas de calidad de vida: "La mejoría subjetiva del paciente se describe en términos de mejoría del humor y capacidades, su opinión del bienestar general, actividades, apetito, y alivio de los síntomas desagradables como dolor, debilidad y disnea".

En los últimos quince años ha habido un interés creciente en la consideración de la calidad de vida en los pacientes con cáncer y hoy día, la mayoría de las revistas de oncología dedican algún espacio a los



ensayos enfocados en este tema, y es raro el congreso de oncología en el que no se reserve una contribución ó un "mínimo simposio" alrededor de la calidad de vida (15).

El conocimiento de las condiciones y componentes de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, puede tener una influencia positiva en los cuidados ofrecidos y así ejercer una mejoría de la situación de los pacientes (16, 17).

A nivel básico, la calidad de vida se mide por el grado en que el paciente es capaz de satisfacer sus deseos a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento. Este término englobaría la función física, síntomas de la enfermedad y/o del tratamiento, interacciones ocupacional y social, y parámetros psicológicos, incluyendo de algún modo la valoración del bienestar, felicidad ó satisfacción (18). Es de gran importancia la valoración que los propios pacientes hacen de estos síntomas (19).

4.2.- COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.

Como ya se ha dicho anteriormente, la calidad de vida es multidimensional. Dado que aún no tenemos un conocimiento claro del rango de las consecuencias físicas y psicológicas asociadas con las distintas clases de cáncer y su tratamiento, la valoración por

separado de los componentes de la calidad de vida es necesaria para documentar ambos efectos, "anticipados" e "inesperados". Una única valoración global no nos proporcionaría tal información.

Trabajando con un esquema multidimensional, aquellos aspectos de la calidad de vida cuya evaluación puede ser relevante en los estudios de investigación del cáncer serían:

4.2.1.- Síntomas de la propia enfermedad:

Aunque cada tipo de cáncer tiene su historia natural y su comportamiento característicos, hay un conjunto de síntomas que se presentan en muchos tipos de tumores, sobre todo, en estadios avanzados de la enfermedad. Dentro de ellos se pueden incluir: astenia, malestar, disnea, dolor, pérdida de peso, náuseas y trastornos del sueño (20).

El control del Dolor tiene gran importancia, ya que parte del miedo al cáncer, es la idea de que la enfermedad causa una muerte "lenta y dolorosa". La intensidad del dolor se debe en parte a que no sólo es neurológico, sino también subjetivo, modificado por el estado de ánimo del paciente. Explicar al paciente el origen y la naturaleza del dolor que presenta puede servir para disminuir la ansiedad que lo agudiza (21). Con los fármacos analgésicos disponibles actualmente, casi siempre puede lograrse un alivio satisfactorio (22), también pueden ser útiles los medicamentos

psicotr6picos como coadyvantes para el tratamiento del dolor.

Los componentes claves del dolor que influyen sobre la calidad de vida incluyen severidad, cronicidad, la capacidad de aliviarlo , el significado del dolor en relaci3n a la enfermedad de base y los disturbios psicosociales atribuibles al dolor (23, 24). En un trabajo reciente (25) se ha sugerido que aunque el dolor puede considerarse como el sntoma que m1s afecta la percepci3n del sufrimiento por el paciente, su valoraci3n es menos representativa de la calidad de vida que otros par1metros relacionados con condiciones funcionales y psicol3gicas.

La **Anorexia** es frecuente en pacientes con c1ncer en estadios avanzados y es importante porque adem1s de llevar a la malnutrici3n , puede interrumpir otras actividades diarias, tales como las comidas, y as1 interferir en las relaciones sociales y familiares. Recientemente se est1n empleando algunos f1rmacos para revertir la anorexia del c1ncer y 3sto podr1a mejorar la calidad de vida de las pacientes (26).

4.2.2.- Efectos secundarios del tratamiento:

Cada intervenci3n terap3utica, o la combinaci3n de varios tratamientos, conlleva distintos tipos de toxicidad. En los ensayos cl1nicos es esencial

monitorizar tales efectos secundarios. En los casos donde no hay una ventaja clara entre un tratamiento y otro, en cuanto a supervivencia ó intervalo libre de enfermedad , la toxicidad puede ser el factor que nos ayude a seleccionar entre ambos. La valoración de la calidad de vida debe comenzar a formar parte integral de todos los ensayos clínicos que pretenden valorar el impacto del tratamiento sobre la paliación de los síntomas (27, 28).

Así, las consecuencias sociales y psicológicas del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama varían significativamente entre una cirugía radical ó una tumorectomía con conservación de la mama (29, 30, 31, 32, 33, 34).

Los efectos secundarios del tratamiento quimioterápico dependen del tipo de fármaco y de las dosis aplicadas. Aunque la incidencia de efectos graves para la salud es relativamente escasa, casi todas las pacientes tienen una incidencia alta de efectos secundarios menos graves. Entre los observados más frecuentemente podemos destacar la alopecia, náuseas y vómitos (35), mucositis, astenia y la depresión de la médula ósea, que en algunos casos nos puede obligar a suspender ó retrasar el tratamiento, creando gran ansiedad en las pacientes. Entre los efectos tardíos del tratamiento quimioterapia podemos destacar el daño de órganos concretos

(hígado, función renal ó la cardiotoxicidad por adriamicina) e infertilidad.

Alopecia. El cambio en la apariencia física puede afectar en gran medida a las relaciones afectivas y la vida social de las pacientes. Puede ser el efecto secundario más preocupante de la quimioterapia (36). En algunas ocasiones este efecto puede inducir a las enfermas a abandonar el tratamiento ó bien negarse a recibir el tratamiento desde un principio.

Náuseas y vómitos. El desencadenante puede ser físico ó psicológico. El componente psicológico de estos efectos secundarios puede ponerse en evidencia por las náuseas y vómitos de anticipación. Si no se controlan con tratamiento sintomático también pueden ser otra de las causas de que las pacientes abandonen la terapia. En su tratamiento se han empleado también métodos de psicoterapia y desensibilización, demostrando que pueden reducir la aversión a la quimioterapia (37, 38).

Otro aspecto es la repulsión hacia determinados alimentos, que generalmente ocurre poco después del primer ciclo de quimioterapia, suele ser de corta duración y hacia unos alimentos específicos (39).

Astenia. En las pacientes con cáncer sometidas a tratamiento quimioterapia puede tener

múltiples causas, no hay que olvidar que también podría ser debida a toxicidad cardiaca por determinados fármacos. La incapacidad para realizar las tareas cotidianas es uno de los aspectos más destacados de la calidad de vida.

En la actualidad se está investigando sobre la introducción de nuevos fármacos que sean efectivos en el tratamiento del cáncer de mama metastásico y presenten una menor toxicidad (40, 41, 42, 43) . No hay que olvidar que cuando la enfermedad está diseminada es incurable y el empleo de los distintos tratamientos se hace con fines paliativos (44, 45, 46).

4.2.3.- Estado funcional: Se refiere a una serie de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Habitualmente se considean cuatro tipos de actividad (los cuidados de la salud propia, movilidad dentro y fuera de casa, actividades físicas y actividades sociales). Como ya expondré más adelante la valoración de estas capacidades ó Performance Status habitualmente se hace con las escalas de Karnofsky (8) o la escala WHO (7).

4.2.4.- Distress psicológico: Varios estudios han reflejado el distress psicológico entre los pacientes con cáncer (47, 48, 49, 50). Hasta un 20% de pacientes cancerosos desarrollan un estado ansioso, una enfermedad depresiva o ambos, y hasta un 33% desarrollan problemas sexuales (51, 52, 53, 54) El

apoyo psicológico podría influenciar positivamente la calidad de vida de estas pacientes (55).

Es importante identificar a las pacientes con alto riesgo de desarrollar una morbilidad psicológica importante tras el diagnóstico del cáncer (56) y estar alerta sobre la probabilidad de posibles trastornos de adaptación en pacientes con antecedentes de depresión ó ansiedad crónicas importantes (57). Además, la calidad de vida parece estar claramente relacionada con la capacidad del individuo para vencer la enfermedad o el estrés (58).

Las dificultades psicológicas son especialmente manifiestas en pacientes con enfermedad avanzada, y pueden ser casi tan intensas como en el momento del diagnóstico inicial. La aceptación de la recurrencia es especialmente estresante, ya que en el momento del diagnóstico, existe por lo menos la esperanza, pero la recurrencia es el primer signo físico de que el tratamiento inicial ha fallado. La aparición de metástasis es particularmente dramática cuando el cáncer recurre poco después de que la paciente haya terminado el tratamiento adyuvante de la enfermedad primaria.

Es importante descartar causas orgánicas ó toxicidad medicamentosa que pudieran desencadenar un cuadro depresivo.

4.2.5.- Relaciones sociales: La observación clínica pone en evidencia la importancia de las relaciones sociales y el soporte social en las pacientes con cáncer. Los problemas funcionales debidos al dolor ó la fatiga pueden restringir la capacidad individual para la vida social.

Las reacciones psicológicas de las pacientes con cáncer también pueden contribuir a disminuir su vida social. Los familiares y amigos pueden reducir los contactos con la paciente incluso abandonar las relaciones debido a torpeza o miedo (59). La falta de conocimiento sobre el cáncer y su tratamiento, también puede influir sobre estas actitudes.

4.2.6.- Sexualidad e Imagen corporal: El cáncer y su tratamiento pueden afectar la sexualidad e imagen corporal, directa e indirectamente.

La repercusión directa de la mastectomía que requiere una adaptación física, estética y psicológica de la paciente. En varios estudios se ha demostrado que la tumorectomía contra mastectomía influye favorablemente en la calidad de vida de las pacientes en estadios iniciales del cáncer de mama (29, 30, 31, 32, 34). Además las mujeres con cuadrantectomía estadísticamente tenían unas relaciones sexuales e imagen corporal más positivas que aquellas con mastectomía (32) Por otro lado hay que señalar que parece haber una correlación importante entre

problemas de imagen corporal por un lado, y desarrollo de desórdenes afectivos y problemas sexuales por otro (33, 51, 60, 61, 62, 63).

Los efectos indirectos pueden ser la astenia, dolor, debilidad física y deterioro emocional asociados con distintos tratamientos (64).

4.2.7/.-Satisfacción con los cuidados médicos: La percepción de la calidad de la asistencia puede jugar un papel central en la evaluación de la calidad de vida de las pacientes. Se ha observado que los determinantes principales son el interés, el respeto y la buena disposición del médico.

Mantener la calidad de vida del paciente con cáncer equivale a un cuidado "global" del mismo. Esto debe incluir la integración de servicios multidisciplinarios, atendiendo la educación del paciente, cuidados de soporte, atención y apoyo psicológico a la familia del paciente (65, 66, 67, 68) y a las implicaciones financieras del tratamiento del cáncer (69). En un trabajo reciente (70) se ha descrito que el acercamiento multidisciplinario mejoró el estrés del terapeuta individual con la consiguiente reducción del riesgo de agotamiento.

Es muy importante informar a las pacientes sobre la situación de su enfermedad y tratamiento (71, 72, 73, 74). El paciente es quien debe tomar la decisión de comenzar, rechazar o interrumpir un tratamiento.

Para ello requiere, una adecuada "información" y reconocida "competencia", es decir, la capacidad suficiente para realizar un juicio correcto y para emitir su decisión (71). La información ha de ser preferiblemente directa, médico-paciente.

Tiene también gran importancia el papel de la enfermería (75), ya que, generalmente, están más cerca de las pacientes y les dedican más tiempo, pudiendo explicarles algunas técnicas de cuidado personal y adaptación a la enfermedad (76, 77, 78, 79).

Se ha sugerido (80) que cuando ya no tiene sentido aplicar tratamientos encaminados a modificar el curso natural de la enfermedad, la paciente se siente cada vez más aislada, tanto del personal médico como de la familia y amigos.

En los últimos años están desarrollándose medios de asistencia a domicilio, como el Hospital de Día oncológico (81) y Hospice (82, 83, 84, 85) que brindan un fuerte apoyo a las pacientes con cáncer y sus familias.

Otro aspecto a tener en cuenta en oncología es el cuidado de los pacientes terminales, determinar si una terapia es adecuada ó no (83, 86, 87) en fases avanzadas de la enfermedad, teniendo en cuenta las circunstancias que rodean al enfermo (decisión de

éste, esperanzas de recuperación y repercusión sobre la calidad de vida).

Además habría que valorar ¿qué tipo de criterios se pueden utilizar para medir la calidad de vida en estos pacientes ? (88), ¿qué es lo que ellos consideran como vida buena o mala en estos momentos? (89)

Una vez comprobada la irreversibilidad de la enfermedad, hay que tener en cuenta que toda persona tiene derecho a una muerte sin sufrimiento, independientemente de la enfermedad que la produce. La persona en situación terminal debe tener cubiertas sus necesidades físicas, emocionales, religiosas, familiares y sociales en la medida que lo permitan sus circunstancias (90), sin interferencias en su proceso de morir con maniobras inadecuadas, desproporcionadas ó intempestivas que intenten alargar su supervivencia (74). El alivio de la sintomatología debe ser el objetivo prioritario.

5.- INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA

Mientras se ha reconocido que la Calidad de vida es tan importante como la Cantidad de vida, los esfuerzos llevados a cabo para evaluar la calidad de vida a menudo fallan (91). Esto se debe fundamentalmente a dos razones: por un lado que los diferentes autores atribuyen diversos significados al término de calidad de vida, optando por distintos puntos de vista a la hora de evaluarla. Por otro lado, hay una falta de información acerca de las medidas disponibles, lo que conlleva a una innecesaria generación de items nuevos, en vez de mejorar los tests ya existentes.

En la Figura 1 podemos observar un esquema de trabajo para valorar la calidad de vida en los estudios de investigación del cáncer (92).

Figura 1. Esquema de trabajo para valorar la CV.

CANCER Y TRATAMIENTO DEL CANCER	EVALUACION DE ASPECTOS DE LA VIDA - Físico - Psicológico - Social - Funcional - Material - Social.	CALIDAD DE VIDA
---------------------------------------	---	--------------------

Tomado de Van Knippenberg FCE. J Clin Epidemiol. 1988.

Disponemos de tres estrategias amplias para valorar la calidad de vida: Observación clínica, entrevistas al paciente, y cuestionarios de autoevaluación.

5.1.- Dentro de los métodos de Observación Clínica más utilizados están las escalas de Karnofsky(8) y la escala de la ECOG/WHO (7) (TABLAS IV y V). El índice de Karnofsky de estado funcional es uno de los primeros índices de medida de calidad de vida para pacientes con cáncer. Estas escalas representan un método simple , aunque limitado, para valorar la calidad de vida. Cuando la escala de Karnofsky fue aplicada por un grupo de observadores entrenados, demostró ser un instrumento útil y con valor predictivo para la longevidad en un grupo de pacientes terminales (93). Cuando se han comparado las dos escalas, algunos autores (94) prefieren la escala WHO por su simplicidad y fácil aplicación, sin necesitar preparación específica.

5.2.-Las Entrevistas son muy útiles para valorar la calidad de vida en el tratamiento de pacientes individuales(95, 96), tienen la ventaja de proporcionar información sobre enfermos que por distintas circunstancias no podrían cumplimentar un cuestionario (ejem: ancianos, nivel cultural bajo, ó incapacidad física). (20). No obstante presentan ciertas

dificultades como la de requerir personal preparado para realizarlas, además su evaluación y administración consumen mucho tiempo y suponen un alto coste económico (97).

5.3.- Aunque la autoadministración de los **Cuestionarios** no aporte algunos detalles derivados de la entrevista personal, son el método más práctico, eficiente y económico para obtener información de los pacientes en la investigación clínica. (98). Es importante preguntar directamente a los pacientes sobre el impacto de la enfermedad y tratamiento en su vida diaria (99, 100). Otra ventaja que presentan, es que si su diseño es de comprensión fácil, pueden facilitarse repetidamente en el curso del tratamiento, proporcionándonos información de los cambios de la calidad de vida a lo largo del mismo. Además, la autoevaluación evita el sesgo introducido por el entrevistador.

En la TABLA VII se pueden ver las características que debe tener un instrumento adecuado para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer (101).

Otras propiedades importantes de los métodos empleados para valorar la calidad de vida en los ensayos y asistencia de pacientes con cáncer serían (102):

El índice debe ser cáncer-específico (la medida debe ser bastante específica para detectar diferencias

TABLA VII

Características de un instrumento adecuado para medir la CV de pacientes con cáncer.

-
1. Soporte conceptual apropiado de C.V.
 - (a) Incluyendo items de estado físico, psicológico, espiritual y social.
 - (b) Incluyendo items y respuestas alternativas que sean capaces de reflejar los aspectos positivos de CV.
 2. Ensayado para las características psicométricas.
 - (a) Fiabilidad
 - (b) Validez
 3. Sensible para los cambios en la CV.
 - (a) Incluyendo un número razonable de items en el test completo, y al menos cinco por concepto.
 - (b) Incluyendo respuestas alternativas múltiples.
 - (c) Puede proporcionar subescalas
 4. Basado en datos generados por los pacientes.
 - (a) Utilizándolos en pacientes para generar los items iniciales.
 - (b) Usando autocuestionarios como complemento de la técnica
 5. Aceptable para los pacientes, investigadores y trabajadores de la salud.
 - (a) Tiempo corto para cumplimentarlo.
 - (b) Fácil de administrar y puntuar- usando un formato de cuestiones cerradas y escalas categóricas.
 - (c) Comprensible para la mayoría de la población.
 - (d) Items percibidos como relevantes por los encuestados.
-

Tomado de Donovan et al. (J Clin Oncol 1989)

en el estado funcional entre la población con cáncer y otro grupo de enfermos dado).

Debe ser diseñado para permitir al paciente su autoevaluación, sin requerir la intervención de entrevistadores o profesionales de la salud.

Debe ser repetible, de manera que la puntuación de los pacientes pueda seguirse a través de un periodo de tiempo, para evaluar las tendencias del paciente y entre grupos.

Debe ser sensible dentro del rango de la práctica clínica, no sólo para distinguir entre pacientes que están bien y terminales, sino para diferenciar grados de disfunción entre los enfermos con distintos estadios de la enfermedad y distintos tratamientos.

Debe ser corto el periodo de tiempo interrogado en el cuestionario, quizás una o dos semanas (91, 103, 104). Preguntar a las pacientes por un periodo de tiempo más largo, aumenta el sesgo debido a la pérdida de memoria y a la tendencia de algunas personas para especificar más que otras .

Debe valorar por separado la función física, estado emocional, síntomas (generales y específicos) y calidad de vida global (105, 106).

Los métodos más utilizados para cuantificar respuestas subjetivas son las **escalas visuales y categóricas** (97). Las escalas visuales están basadas en las escalas de autoevaluación lineales analógicas

(LASA), donde la paciente debe marcar un trazo sobre una línea horizontal en cuyos extremos hay unas frases descriptivas excluyentes entre sí. Las escalas pueden usarse repetidamente para valorar la mejoría o el empeoramiento de las enfermas. En estudios realizados en pacientes con cáncer de mama (107) y en otros tipos de neoplasia (108), estas escalas permitían distinguir entre pacientes con enfermedad local y metastásica por las puntuaciones dadas en función del estado físico y también entre aquellas que estaban con tratamiento quimioterapia, por las puntuaciones dadas en la toxicidad relacionada con el tratamiento.

Las escalas categóricas, ofrecen a las pacientes una serie de opciones fijas para contestar a una respuesta dada. Con estas escalas puede explorarse un rango amplio de parámetros, y el cuestionario puede ser repetido para obtener una visión dinámica de la respuesta de las enfermas. Una modificación de la escala verbal es el "calendario diario", en el cual la paciente completa un cuestionario diario indicando la frecuencia y severidad de ciertos síntomas ó efectos secundarios especificados.

En la TABLA VIII se pueden ver algunas de las medidas diseñadas para pacientes con cáncer. En la primera columna se describe el nombre de la escala y referencia de los autores; a continuación el tipo de población para la que ha sido diseñada. En otra

columna se expresan las distintas facetas de la calidad de vida que se valoran en dicha escala y por último un comentario acerca de fiabilidad, validez y otros detalles de la misma. Se describen escalas que han sido creadas inicialmente para usarse en pacientes con cáncer y otras diseñadas en principio para otro tipo de enfermedades o población general, pero que posteriormente se han aplicado a pacientes con cáncer.

El Cuestionario de la E.O.R.T.C. (130) está compuesto por un total de 49 items, 36 de ellos generales para todo tipo de cáncer que valoran distintas dimensiones de la calidad de vida, como se especifica en la Tabla VIII, y otros 13 items específicos para el cáncer de pulmón . Dentro de estos últimos, se valoran algunos efectos secundarios al tratamiento quimioterapia, así como la presencia de dolor y el alivio obtenido con el tratamiento (23). Este cuestionario da una visión multidimensional de la calidad de vida así como de la percepción subjetiva y global del paciente. Tiene la ventaja de su fácil aplicación, siendo útil para utilizarlo en pacientes en diferentes estadios de la enfermedad y en cuidados paliativos (83).

Recientemente una serie de investigadores han modificado en parte el cuestionario de la E.O.R.T.C. introduciendo algunas preguntas específicas para las pacientes con cáncer de mama (131).

TABLA VIII
MEDIDAS DE C.V. DISEÑADAS PARA PACIENTES CON CANCER

Para que una escala sea incluida en esta tabla, tiene que cumplir por lo menos dos criterios:

1. Multidimensional- las escalas que medían sólo una de las 10 dimensiones citadas fueron excluidas.
2. Aplicabilidad -cualquiera diseñada para uso común en pacientes con cáncer.

<u>Nombre de la escala</u> <u>Referencia.</u>	<u>Población</u>	<u>Dimensiones *</u>	<u>Comentarios</u>
Indice de Habilidades (Iszak & Medalie 1977) (109)	Ca mama Ca recto Ca útero Ca vejiga Ca próstata.	Fis, Fun, Fam, Emo, Sex, Soc, Pro, Glo.	Medidas muy precoces desarrolladas en Israel. Breve; fácil de completar, aunque su administración no está estandarizada. Primera medida de CV que combina items generales con específicos. No disponibles los datos de fiabilidad y validez.
BCQ. Cuestionario de QT en Ca de mama. (Levine y cols., 1988) (110)	Ca mama Estdio II	Fis, Fun, Emo, Tra, Glo.	Altamente especializado para QT adyuvante. Buena validez concurrente. Enfoque marcado en la toxicidad física y la caída del pelo. Autoevaluación engorrosa. Extenso, items ambiguos que requieren análisis de estructura interna.
C A R E S. Sistema de Evaluación de Rehabilitación en cáncer. (Heinrich y cols., 1984, Schag y cols., 1983, Ganz y cols., 1986)(111, 112, 113)	Ca general	Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Sex, Soc, Pro, Glo.	Llamado anteriormente inventario de situaciones problemáticas en cáncer; ahora incluye una entrevista acompañante. Cuidadosamente construido y bien validado. Enfocado a problemas clínicos susceptibles de rehabilitación. Demasiado complejo para ajustarlo a la investigación. Recientemente se ha desarrollado una forma más corta (114).

<p>EORTC-QLC. Cuestionario de CV en Cáncer de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer. (Aaronson y cols.1988) (115)</p>	<p>Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Soc, Pro, Glo.</p>	<p>La medida de CV del grupo EORTC. Combina items de escalas ya existentes con items nuevos. Incluye cuestiones generales y otras de localizaciones específicas. Construido cuidadosamente desde un modelo conceptual para asegurar la comprensión y viabilidad. Los estudios de validez y fiabilidad están en curso.</p>
<p>FACT. Valoración funcional del tratamiento del cáncer.(Cella y cols., 1989) (116)</p>	<p>Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Soc, Pro, Glo.</p>	<p>Creado recientemente a partir de entrevistas con 135 pacientes y 15 oncólogos. Los estudios de fiabilidad y validez están en curso.</p>
<p>FLIC. Indice de funciones vitales en cáncer (Schipper y cols., 1984) (117)</p>	<p>Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Soc,</p>	<p>Usado muy ampliamente. Costruido cuidadosamente con múltiples muestras y análisis factorial. Los factores de pacientes ambulatorios y débil para grupos de pacientes ingresados (incapacitados).</p>
<p>L A S A. Escala de Autoevaluación Lineal - Analógica. (Priestman & Baum 1976., Baum y cols., 1980) (118, 119)</p>	<p>Ca mama Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Soc.</p>	<p>Aplicación por primera vez de escalas visuales analógicas para la medida de CV en cáncer. Desconocidas en gran parte la fiabilidad y validez.</p>

L A S A. Escala de Autoevaluación Lineal-Analógica. (Coates y cols., 1983; 1987)(108, 120)	Ca general	Fis, Emo.	Realizado por el Instituto Ludwig de Investigación en Cáncer (Australia) a partir de la combinación de 5 escalas lineales analógicas de Priestman y Baum (118). Disponibilidad psicométrica de los datos limitada para hacer correlaciones entre los items y validez en predecir respuesta al tratamiento.
L A S A. Escala de Autoevaluación Lineal - Analógica. (Selby y cols., 1984) (121)	Ca mama	Fis, Fun, Fam, Emo, Sex, Soc, Pro.	Comprehensiva, todavía suficientemente breve para su aplicación en ensayos clínicos. Los items generales derivan del "Perfil de Impacto de la Enfermedad", con validez concurrente variable. Los items específicos proceden de la experiencia clínica. No hay valoración total ni subescalas, a pesar de 5 factores de solución.
M H I Q. Cuestionario de Índice de Salud McMaster (Chambers y cols., 1982) (122)	Enfermedad general	Fis, Fun, Fam, Emo, Fut, Sex, Soc, Pro.	Medida de población general, desarrollada para enfermedades reumáticas, pero aplicable al cáncer. Muchos items derivan de otras escalas de C V. Validez y fiabilidad aceptables.
Perfil de Salud Nottingham (Hunt y cols. 1981)(123)	Enfermedad general	Fis, Fun, Emo, Sex, Soc, Pro.	Escala de dos partes. Medidas de percepción de problemas de salud y su impacto en la función diaria. Ampliamente desarrollada y validada en Inglaterra, con ancianos y en pacientes con artritis y enfermedades cardiovasculares. Concede gran importancia al empeoramiento severo, siendo poco sensible con la población ambulatoria.

<p>P A I S. Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (Derogatis & Lopez, 1983) (124)</p>	<p>Enfermedad general</p>	<p>Fun, Fam, Emo, Tra, Fut, Sex, Soc, Pro, Glo.</p>	<p>Medida general muy popular de ajuste psicosocial a la enfermedad. Fácil realización y valoración. Validez y Fiabilidad impresionantes. Su mayor inconveniente es la falta de cuestiones específicas acerca de los síntomas o toxicidad.</p>
<p>Q L I. Indice de Calidad de Vida (Ferrans & Powers., 1985) (125)</p>	<p>Enfermedad general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Esp, Fut, Sex, Soc, Pro, Glo.</p>	<p>Desarrollado inicialmente para pacientes en diálisis; aplicada al cáncer. Las puntuaciones de satisfacción de cada ítem son valoradas según la importancia del mismo. Fiabilidad y Validez importantes. Sistema de puntuación engorroso.</p>
<p>Q L I. Indice de Calidad de Vida (Padilla y cols., 1983) (126)</p>	<p>Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Tra, Sex, Pro, Glo.</p>	<p>Ampliamente usado en investigación en enfermería. Breve y simple de cumplimentar. Se superponen tres factores (psicológico, físico y control de los síntomas). Fiabilidad aceptable; contenido y validez concurrente cuestionables.</p>
<p>Q L - Index. Indice de Calidad de Vida (Spitzer y cols., 1981) (80)</p>	<p>Ca general</p>	<p>Fis, Fun, Tra, Soc, Glo.</p>	<p>Es la escala de CV más ampliamente usada de las aplicadas por un observador. Administración fácil. Consistencia interna fuerte. Capacidad del cuestionario discutible debido a estudios que demostraron correlaciones modestas entre las puntuaciones del paciente y las del observador.</p>

<p>RSCL. La Lista de Síntomas de chequeo de Rotterdam concuestiones añadidas (de Haes& Welvaart, 1985, de Haesy cols., 1987) (29, 127)</p>	<p>Ca mama Ca ovario</p>	<p>Fis, Fun, Emo, Fut, Sex, Glo.</p>	<p>Usada en los ensayos clínicos de la EORTC. Escala global que combina las escalas psicológica y física existentes con items específicos de la enfermedad y tratamiento. Fácil de administrar. Validez del contenido clara. La validación se hace utilizando muestras pequeñas.</p>
<p>SIP. Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner y cols., 1976; 1981) (128, 129)</p>	<p>Enfermedad general</p>	<p>Fis, Fun, Fam, Emo, Tra, Sex, Soc, pro, Glo.</p>	<p>Usado ampliamente, muy bien construido y validado. Un "modelo de oro" entre las medidas generales de CV. Los mayores problemas para aplicarlo al cáncer es la falta de cuestiones de localizaciones específicas y su longitud.</p>

* Dimensiones clave: Fis- Estado Físico (síntomas, dolor..) Fun- Capacidad funcional Fam- bienestar familiar Emo- Bienestar emocional
 Tra- Satisfacción con el tratamiento Esp- Espiritualidad Soc- Función social Sex- Sexual, relaciones íntimas
 Fut- Orientación del futuro Pro- Profesional Glo- Puntuación global

Tomado de Cella & Tulsky. Oncology 1990.

Otro de los cuestionarios más completos para la valoración de calidad de vida en pacientes con cáncer en general es el FLIC (117); nos da una valoración multidimensional de la calidad de vida. Está constituido por 22 items de escala analógica tipo Likert. Sus estudios de validez se han llevado a cabo empleando análisis factorial (117, 132).

Spitzer y cols. (80) desarrollaron un cuestionario conciso para ser utilizado por el médico en la evaluación de la paciente. Está constituido por cinco elementos que valoran: capacidad de trabajo; las actividades cotidianas; la percepción de la salud; el apoyo familiar y la visión de la vida. Cada apartado se valora de 0 a 2 puntos. Es un método rápido y fácil de realizar. Puede utilizarse como complemento de otros cuestionarios. Si se utiliza aislado deja sin cubrir muchos aspectos importantes para estudios clínicos.

Gelber y cols. (133) han desarrollado un índice nuevo para medir la calidad de vida: el TWiST, las siglas significan "Tiempo sin síntomas de la enfermedad y efectos tóxicos subjetivos del tratamiento". Este método ha sido aplicado en mujeres con cáncer de mama para comparar la supervivencia y toxicidad resultantes del empleo de distintos tratamientos adyuvantes en pacientes que estaban asintomáticas (134, 135).

Una vez elegido el método que se va a aplicar para valorar la calidad de vida, otra cuestión a tener en cuenta es la de cuándo se debe interrogar acerca de la calidad de vida. Lo ideal sería obtener estos datos antes, durante y después del tratamiento (136). Sin embargo, de una forma más práctica los datos sobre calidad de vida pueden recogerse durante periodos de tiempo específicos o cuando las pacientes acuden a la consulta.

METODOLOGIA

1.- OBJETIVO.

Como ya expuse en el capítulo anterior, cada vez se da más importancia a la calidad de vida de los pacientes con cáncer. A la hora de decidir sobre determinadas actitudes terapéuticas, sobre todo en casos de enfermedad avanzada y cuando se hace con fines paliativos, hay autores que consideran que el mantener una buena calidad de vida es tan importante o más que alargar la supervivencia (87).

El objetivo de este trabajo es el de valorar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama vistas en las consultas de Oncología Médica del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla y estudiar la relación entre distintos estadios de la enfermedad, así como los tratamientos empleados y la calidad de vida.

2.- SUJETOS.

2.1.- Selección de la muestra.

Desde Enero de 1990 hasta Junio de 1991 se ha evaluado la calidad de vida de 203 pacientes con cáncer de mama. En principio se decidió incluir a todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en las consultas de Oncología Médica del HUVVM de Sevilla,

entre los años 1972 y 1990, y que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

a/ Diagnóstico anatomopatológico de cáncer

de mama.

b/ Edad menor de 80 años.

c/ P.S. de 0, 1 y 2 según la escala de la WHO.

d/ Capacidad de comprensión de los

cuestionarios.

El número total de enfermos nuevos que se han visto en nuestras consultas durante los últimos diez años es de 4.879, con una media de 488 al año. Durante el mismo tiempo, el número de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama ha sido de 491, con una media de 49 por año. Las pacientes de cáncer de mama suponen aproximadamente un 10% de las historias nuevas de nuestras consultas.

Las 203 pacientes de la muestra representan algo menos de un 40% del total de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en nuestro hospital durante los últimos diez años. Porcentaje que se considera suficientemente representativo de la población.

2.2.- Descripción de la muestra.

A continuación se describen las distintas variables sociológicas y clínicas que se han tenido en cuenta al recoger los datos de las pacientes.

2.2.1.- Variables sociológicas.

A/ Edad:

La edad de las pacientes en el momento de incluirlas en el estudio, oscilaba entre 31 y 79 años con una edad media de 55,6 años y una desviación típica de 11,9.

B/ Estado civil:

La mayoría de las pacientes estaban casadas: 152 (75%), sólo 2 de ellas estaban separadas (0,5%), 31 (15,2%) eran solteras, y 19 (9,3%) estaban viudas.

C/ Número de hijos:

El 75% de las pacientes tenían hijos. El número de hijos oscilaba entre 1 y 10, siendo la media de 2 hijos. Ver Tabla IX.

TABLA IX
Número de hijos

X₁: N° de hijos					
Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.049	1.645	.115	2.707	80.296	204
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	* Missing:
0	10	10	418	1406	0

D/ Lactancia:

De las pacientes que tenían hijos, 145 (94,7%) habían lactado a sus hijos, mientras que solamente 8 (5,3%) les dieron lactancia artificial.

E/ Nivel de estudios:

La mayoría de las pacientes habían realizado estudios elementales (114, lo que supone un 56% de la muestra), un alto porcentaje de ellas sabían leer y escribir pero no habían completado los estudios primarios (63 pacientes, un 31%), 23 de ellas tenían estudios medios (11,33%) y sólo 3 de ellas habían realizado estudios universitarios (1,5%). Hay que tener en cuenta que hubo un porcentaje de enfermas que no pudieron incluirse en la muestra por no saber leer ni escribir (un 14% del total de las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en los últimos diez años y revisadas en nuestras consultas).

F/ Trabajo:

La mayoría de las pacientes de la muestra eran amas de casa 141 (69,5% del total). Solamente 62 (30,5%) trabajaban fuera del hogar. Entre los tipos

de trabajo más frecuentes estaban los de modista, agrícola y en tiendas.

G/ Aficiones:

Las pacientes fueron interrogadas acerca de aficiones que desempeñaban durante su tiempo libre. 143 de ellas (70 %) consideraban importantes sus aficiones destacando entre ellas : ver la televisión, costura y labores del hogar, leer, dar paseos., etc... Mientras que 60 (30%) no destacaban ninguna afición especial.

Como se puede apreciar por los datos ofrecidos, la muestra estudiada resulta sociológicamente comparable con la de la población de la que procede (mujeres casadas, con hijos, ama de casa, con estudios primarios y de una edad comparable a la de otros estudios) (65, 137).

2.2.2.- Variables clínicas.

A/ Estadios de la enfermedad:

La distribución por estadios puede verse en la TABLA X.

TABLA X
Clasificación por Estadios

X₂: Estadio.

Bar:	Element:	Count:	Percent:	
1	I	25	12.315	
2	II	101	49.754	-Mode
3	IIIa	20	9.852	
4	IIIb	17	8.374	
5	IV	40	19.704	

2



Hay que destacar que casi un 50% de las pacientes pertenecen al estadio II seguidas en orden de frecuencia por el estadio IV (20%).

B/ Localización:

En 194 (94,56%) de las pacientes el Ca de mama era unilateral. 9 de las pacientes (4,43) tenían Ca mama bilateral (ver Tabla XI).

C/ Anatomía patológica:

Dentro de los distintos tipos anatomopatológicos, la mayoría de las pacientes tenían Carcinoma Ductal infiltrante (ver Tabla XII)

D/ Localizaciones metastásicas:

En la TABLA XIII se puede observar la distribución de las localizaciones metastásicas. Las más frecuentes fueron las óseas, dérmicas y pulmonares.

TABLA XI
LOCALIZACION DEL CANCER DE MAMA

X₁: Diagnóstico.

Bar:	Element:	Count:	Percent:	
1	C.A mama dcha.	103	50.739	-Mode
2	C.A mama izqda.	91	44.828	
3	C.A. bilateral	9	4.433	

TABLA XII
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

X3: Anat. Patológ.			
Bar:	Element:	Count:	Percent:
1	Ductal infiltrante	167	82.266
2	Lobulillar inv.	12	5.911
3	Medular	3	1.478
4	Papilar	0	0
5	Intraductal	5	2.463
6	Enf. Paget	0	0
7	Inflamatorio	3	1.478
8	Lobulillar in situ	5	2.463
9	Otros	8	3.941

-Mode

3

TABLA XIII
LOCALIZACIONES METASTASICAS

X₁: Metástasis			
Bar :	Element:	Count:	Percent:
1	Pulmonares	7	16.667
2	Hepáticas	3	7.143
3	Oseas	11	26.19
4	Pleurales	1	2.381
5	Suprarrenales	0	0
6	Ganglios	5	11.905
7	Piel	9	21.429
8	Varias	6	14.286

-Mode

E/ Enfermedades concomitantes:

En la Tabla XIV pueden verse los antecedentes personales de las pacientes. Es de destacar que la mayoría de las pacientes (45,33%) que presentaban antecedentes patológicos, tenían varias de las enfermedades consideradas.

Se valoró también la presencia de antecedentes de haber padecido otro tumor . Sólo una de ellas había tenido Tumor de ovario.

F/ Tratamientos de la enfermedad inicial:

Entre los tratamientos que habían recibido las pacientes y por orden de frecuencia tenemos los siguientes: Sólo tratamiento quirúrgico: 61 (30,05%); cirugía y quimioterapia : 45 (22,16%); cirugía con quimioterapia y radioterapia : 33 (16,24%); cirugía y hormonoterapia: 20 (9,85%); cirugía y radioterapia:18 (8,87%); cirugía, radioterapia y hormonoterapia :13 (6,40%) y otras combinaciones de los anteriores:13 (6,40%).

TABLA XIV
ENFERMEDADES CONCOMITANTES

X₁: Enfermedades concomitantes

Bar:	Element:	Count:	Percent:
1	HTA	14	18.667
2	DM	7	9.333
3	Cardiopatía	5	6.667
4	Hipercolest.	1	1.333
5	Colelitiasis	3	4
6	Artrosis	5	6.667
7	Depresión	6	8
8	Varias	34	45.333

-Mode

G/ Performance status:

Entre los criterios de inclusión al seleccionar la muestra, uno de ellos era que el P.S. fuera menor o igual a 2. La distribución de las pacientes era la siguiente: P.S. = 0 en 181 (89,16%); P.S.=1 en 14 (6,90%) y P.S.= 2 en 8 (3,94%).

H/ Síntomas:

En el momento de realizar los cuestionarios, 177 (87,19%) de las pacientes estaban asintomáticas, mientras que 26 (12,81%) presentaban clínica. Entre los síntomas más frecuentes estaban: Dolores óseos y disnea.

I/ Tratamiento actual:

En el momento de realizar los cuestionarios, 69 (33,99%) pacientes estaban recibiendo algún tipo de tratamiento oncológico, mientras que 134 (66,01%) estaban en vigilancia.

Dentro de las que recibían tratamiento: 22 (32,84%) estaban sometidas a hormonoterapia adyuvante; 17 (25,4%) a hormonoterapia paliativa; 16 (23,88%) a quimioterapia paliativa, 1 (1,50%) a quimioterapia adyuvante y las 13 (17,98%) restantes con otras combinaciones de tratamiento.

J/ Quimioterapia actual:

En el momento de realizar los cuestionarios, 25 (12,31%) estaban en tratamiento con quimioterapia con distintas combinaciones de fármacos. Una de ellas con quimioterapia adyuvante, y el resto con fines paliativos.

K/ Años desde el diagnóstico:

Los años transcurridos desde el diagnóstico y tratamiento iniciales variaban entre 1 y 19 años con una media de 5,67 y una desviación típica de 3,71.

En resumen, en el momento del diagnóstico inicial un 50% de las pacientes pertenecían al estadio II, pero hay que destacar que un 20% tenían metástasis en el momento de realizar el cuestionario. El tipo anatomopatológico más frecuente fue el ductal infiltrante y las localizaciones metastásicas más frecuentes fueron las óseas, seguidas por las dérmicas y pulmonares al igual que en otras series (2, 5).

La mayoría de las pacientes tenían un P.S. de cero y estaban asintomáticas. La tercera parte de ellas estaban recibiendo algún tratamiento adyuvante o paliativo, pero sólo 25 (12,31%) estaban en tratamiento con quimioterapia en el momento de realizar este estudio.

3.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Durante los últimos años se están introduciendo estudios de calidad de vida en los ensayos clínicos. En los pacientes en tratamiento por enfermedad cancerosa, se han descrito diversos métodos y cuestionarios para cuantificar la calidad de vida, unos generales para pacientes con cualquier tipo de cáncer y otros específicos para localizaciones concretas.

Cuando decidí iniciar el trabajo de evaluar la calidad de vida, desde el principio tuve que rechazar la idea de utilizar entrevistas dirigidas o semidirigidas por carecer de tiempo y de personal cualificado para ello. Después de considerar diferentes instrumentos de medida, pensé que el método más útil sería seleccionar algún cuestionario "cáncer específico" junto con una valoración por parte de el médico, para lo cual se ha utilizado la escala del PS de la ECOG/WHO (7), además de la recogida de otros datos tanto clínicos como familiares y sociales de las enfermas.

A la hora de seleccionar el cuestionario, estuve comparando los descritos en la literatura científica sobre el tema, aplicables a los enfermos con cáncer en general y algunos específicos para cáncer de mama, como puede observarse en la TABLA VIII del capítulo anterior. La mayoría de los cuestionarios evalúan aspectos parciales, olvidando alguno de los

componentes de la calidad de vida. Otros fallan en cuanto a falta de fiabilidad y validez. En lo referente a los específicos para cáncer de mama , algunos estaban sólo diseñados para valorar la calidad de vida durante el tratamiento quimioterapia, por lo que no eran adecuados para la muestra en estudio ya que sólo un pequeño porcentaje de las enfermas estaban recibiendo tratamiento quimioterapia durante el tiempo de realización de este trabajo.

Consciente de que toda elección supone una renuncia, decidí aplicar dos cuestionarios cáncer específicos: el cuestionario de la EORTC-QLC de Aaronson y cols. (115), y el Índice FLIC descrito por Schipper y cols. (117), que a pesar de algunas deficiencias psicométricas que comentaré oportunamente, son dos de los cuestionarios más completos, ya que ambos valoran diversos aspectos de la calidad de vida además de dar una visión global de la misma. Son además fáciles de aplicar.

3.1.- Cuestionario de la E.O.R.T.C. (European Organization for Research and Treatment of Cancer).

Este cuestionario fue diseñado por Aaronson y cols (115) para evaluar la calidad de vida en los pacientes con cáncer. El cuestionario está compuesto por un total de 49 items (ver Apéndice 3.1.1.): los 36

primeros constituyen el "núcleo" del cuestionario común para todos los tipos de cáncer. Los 13 items restantes son específicos para cáncer de pulmón. El cuestionario está diseñado para la autoevaluación por el propio paciente.

Según el criterio de los autores (115, 130) el contenido de los 36 items generales evalúa los siguientes aspectos de la calidad de vida:

- (a) Capacidad funcional (items 1 al 7)
- (b) Capacidad Laboral (items 8 y 9)
- (c) Síntomas físicos debidos a la enfermedad y/o al tratamiento (items 10 al 22 y 31)
- (d) Distress psicológico (items 23 al 30)
- (e) Interacción social (items 32 y 33)
- (f) Impacto económico de la enfermedad (item 34)
- (g) Nivel de salud y calidad de vida global

percibidos por el sujeto (items 35 y 36).

Las cuestiones específicas para cáncer de pulmón hacen referencia a problemas concretos de este tipo de pacientes (tos, disnea, efectos secundarios de la quimioterapia y dolor).

En trabajos anteriores (130, 131), cuando se ha utilizado el cuestionario de la EORTC, se han agrupado algunos items en forma de "pseudoescalas", se han sumado las respuestas de estos items y se han utilizado como si fueran variables continuas. Este procedimiento, es estadísticamente incorrecto a pesar de que pueda aportar una información descriptiva. La utilidad de esta información aumentará si se mantienen las constelaciones de items del cuestionario de la EORTC, que han utilizado otros investigadores (130), y en lugar de tomarlas como variables continuas, se distribuyen en categorías. Este procedimiento es sin duda más correcto desde el punto de vista estadístico. Esto es lo que he hecho en este trabajo y que describiré a continuación.

3.1.1.- Escala de Capacidad funcional (Items 1 a 7) (Escala tipo Guttman).

Todos estos items ofrecen dos alternativas de respuesta (No/Sí). En los dos primeros (items 1 y 2) la alternativa "Sí" indica mejor capacidad funcional, mientras que en el resto (items 3 a 7) es la opción "No" la que supone una capacidad funcional mejor. Teniendo en cuenta estas direcciones de las respuestas se han contado el número de ellas que indican mejor capacidad funcional y el resultado, en lugar de

considerarlo variable continua, conforma ocho categorías de respuesta ("Cero" a "Siete"), siendo la categoría "Cero" la que agrupa las personas con peor capacidad funcional declarada y la categoría "Siete" la que corresponde a la mejor capacidad funcional.

Esta forma de agrupar los items es estadísticamente más correcta que la realizada por otros autores (130, 138) y permite la aplicación de estadísticos acordes con la naturaleza y propiedades de los datos que se analizan.

3.1.2.- Escala de Capacidad Laboral (Items 8 y 9) (Escala tipo Guttman).

Los dos items que componen esta escala ofrecen dos alternativas de respuesta (No/Sí), siendo la alternativa "No" la que indica mejor capacidad laboral. Mediante el mismo procedimiento descrito para la Escala de Capacidad funcional se han definido tres categorías: "Cero" (Sí en ambos items), que representa la peor capacidad laboral; "Uno" (Sí en un item y No en el otro) y "Dos" (No en ambos items) indicadora de la mejor capacidad laboral.

3.1.3.- Escala de Síntomas físicos (Items 10 a 22 y 31).

Todos estos items ofrecen cuatro alternativas de respuesta: Nada(0 puntos)/Un poco(1 punto)/Bastante(2 puntos)/Mucho(3 puntos), que se han valorado según las indicaciones entre paréntesis, con la excepción del item 31 en el que se han invertido las puntuaciones. De esta forma mayor puntuación indica mayor cantidad de síntomas y, por tanto, peor estado físico. La suma de las puntuaciones fue dividida entre el número de items contabilizados (14 items) y el resultado se asignó a una de las cuatro categorías siguientes en función de los criterios que se especifican:

- Asintomático ($x < 0,5$).
- Algunos Síntomas ($0,5 < x < 1,5$)
- Bastantes Síntomas ($1,5 < x < 2,5$)
- Muchos síntomas ($x > 2,5$)

Siendo x el resultado de las operaciones arriba descritas.

3.1.4.- Escala de Distress psicológico (Items 23 a 30).

Mediante un procedimiento idéntico que el descrito para la escala de Síntomas físicos se han

puntuado cada una de las cuatro alternativas de respuesta Nada(0 puntos) / Un poco(1 punto) / Bastante(2 puntos) / Mucho(3 puntos), invirtiendo la puntuación para los items 23, 26, 28 y 30, con el fin de mantener la direccionalidad de la respuesta y dividiendo entre el número de items (en este caso nueve) para asignar cada sujeto a una de las cuatro categorías siguientes según el resultado obtenido:

- Ningún distress ($x < 0,5$).
- Algún distress ($0,5 < x < 1,5$)
- Bastante distress ($1,5 < x < 2,5$)
- Mucho distress ($x > 2,5$)

Siendo x el resultado de las operaciones descritas.

3.1.5.- Escala de Interacción Social (Items 32 y 33).

Estos dos items, al tener las mismas alternativas de respuesta que los de las escalas anteriores, han sido valorados según los mismos criterios. Por ser únicamente dos items, el resultado de la suma de los valores asignados se ha dividido entre dos, asignando los valores así obtenidos a una de las cuatro categorías siguientes :

- Ninguna interferencia ($x < 0,5$).
- Alguna interferencia ($0,5 < x < 1,5$)

- Bastantes interferencias ($1,5 < x < 2,5$)
- Muchas interferencias ($x > 2,5$)

Siendo x el resultado de las operaciones descritas. La palabra interferencias hace referencia, obviamente, a la influencia declarada de la enfermedad en la vida social del enfermo.

3.1.6.- Impacto Económico (Item 34).

Como el impacto económico de la enfermedad se valora con un sólo item, se han mantenido las cuatro alternativas de respuesta (Nada / Un poco / Bastante / Mucho), como cuatro categorías.

3.1.7.- Calidad de Vida global (Items 35 y 36).

La respuesta a cada uno de estos items se expresa en una escala lineal analógica con una puntuación de 1 a 7 (de "Muy malo" a "Excelente"). Se ha sumado la puntuación de los dos items y se ha dividido entre 2. La puntuación final se ha clasificado en 7 categorías ("Uno" a "Siete"). "Uno" indica la peor Calidad de vida global autovalorada y "Siete" la mejor Calidad de vida global declarada.

3.1.8.- Toxicidad de la Quimioterapia (Items 42 y 45).

Por tener esta escala únicamente dos items, el procedimiento y los resultados son idénticos a los descritos para la escala de Interacción social. En este caso las categorías quedan como sigue:

- Ninguna toxicidad ($x < 0,5$).
- Alguna toxicidad ($0,5 < x < 1,5$)
- Bastante toxicidad ($1,5 < x < 2,5$)
- Mucha toxicidad ($x > 2,5$)

Siendo x el resultado de las operaciones descritas.

3.1.9.- Dolor (Item 47 y 48).

Siguiendo el procedimiento conocido se agrupan las respuestas a estos dos items en una de las siguientes cuatro categorías:

- Sin dolor ($x < 0,5$).
- Poco dolor ($0,5 < x < 1,5$)
- Bastante dolor ($1,5 < x < 2,5$)
- Mucho dolor ($x > 2,5$)

Siendo x el resultado de las operaciones descritas.

El item 49 en el que los enfermos valoran cuánto le ayudó la medicación en el caso de haberla

tomado como alivio para sus dolores, complementa la información que ofrece esta escala y conforma la variable que he llamado "Alivio del dolor" que queda definida a través de las cuatro categorías de respuesta (Nada / Un poco / Bastante / Mucho) que ofrece el test.

Con el fin de aportar algún tipo de confirmación empírica sobre las seis primeras escalas (propuestas por Aaronson) (130) se realizó un Análisis Factorial con los 36 primeros items del cuestionario de la EORTC, mediante el procedimiento de factorización de componentes principales. Con el fin de mejorar el ajuste a las escalas propuestas, se retuvieron para la rotación los seis primeros factores, que explican el 54,4% de la varianza común de la matriz de correlaciones, y que fueron transformados mediante el método varimax de rotación ortogonal. Los resultados son los que aparecen en la tabla XV.

TABLA XV

**Analisis Factorial de los 36 primeros items
del cuestionario de la EORTC.**

<u>F. I</u>	<u>F. II</u>	<u>F. III</u>	<u>F. IV</u>	<u>F. V</u>
13(.600)	2(.609)	23(.349)	14(.483)	1(.541)
16(.678)	3(.513)	26(.715)	22(.428)	8(.528)
17(.801)	4(.489)	28(.699)	24(.392)	10(.445)
18(.750)	5(.546)	30(.757)	25(.677)	11(.497)
19(.593)	6(.265)	31(.597)	27(.631)	12(.712)
	7(.596)	35(.491)	29(.663)	15(.554)
	9(.574)	36(.510)	32(.601)	21(.734)
			33(.627)	
			34(.371)	
<u>F. VI</u>				
20(.748)				

NOTA: F= Factor; Los números entre paréntesis representan las saturaciones factoriales, a su izquierda figura el número de la variable a que corresponden.

Como se observa, la coincidencia de los factores con las escalas propuestas es moderada: la escala de Capacidad funcional recibe fuerte apoyo factorial, ya que coincide básicamente con el F. II; la escala de Síntomas Físicos aparece dividida entre el F. I (síntomas físicos generales) y el F. V (Síntomas físicos relacionados con la capacidad funcional); la escala de Distress Psicológico queda, asimismo, distribuida entre los factores F. III (bienestar, ánimo, optimismo) y IV (angustia, ansiedad). El resto de las escalas, Capacidad laboral (2 items), Interacción Social (2 items), Impacto Económico (1 item) y Calidad de Vida Global (2 items) no reciben, como era de esperar, ningún tipo de confirmación por parte de los resultados del Análisis Factorial y sus items, según sus propias características, pasan a formar parte de los cinco primeros factores.

3.2.- Cuestionario F.L.I.C. (Functional Living Index Cancer).

Este cuestionario diseñado por Schipper y cols. (117) tiene un total de 22 items. Es un "Cuestionario cáncer específico", para cualquier tipo de neoplasia en general. Está diseñado para ser autoevaluado y es de fácil de aplicación.

El autor informa (117) que este cuestionario valora las siguientes dimensiones de la Calidad de vida: Capacidad funcional del sujeto (actividad, capacidad de realizar el trabajo habitual.); Distress psicológico; Interacción social y Síntomas físicos de la enfermedad y/o el tratamiento, haciendo especial hincapié en las "náuseas". Además da también una puntuación global de la calidad de vida del paciente.

Los 22 items se responden en escalas tipo Likert representadas por una línea horizontal continua con 7 trazos verticales numerados del 1 al 7 y en cada extremo de la línea aparecen conceptos opuestos (ver Anexo 2). El paciente debe trazar una raya vertical en el nivel de respuesta elegido.

La puntuación global se calcula sumando las respuestas a los 22 items de que consta el test.

Previamente se invierte el valor de la respuesta en los items números 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15 17 y 20 con el fin de mantener la direccionalidad de la respuesta. De esta manera, cuanto más alta es la puntuación mayor es la Calidad de vida declarada por el enfermo.

3.2.1.- Consistencia interna de la escala y fiabilidad.

Para estudiar la consistencia interna de esta prueba se ha correlacionado cada item con el total de la escala (ver Tabla XVI). Como puede apreciarse la mayor parte de los items tienen una aceptable correlación con el total de la escala ($> .5$, superando algunos el valor $.7$) y solamente tres -items 5 (.273), 17 (.380) y 21 (.409)- no alcanzan estos valores. Aplicada el coeficiente α (Alfa de Crombach) (139) arrojó un valor moderado (.63), pero aceptable.

Así mismo se estudió la fiabilidad de la escala mediante dos procedimientos: test-retest y dos mitades.

TABLA XVI
CONSISTENCIA INTERNA DEL FLIC

	Nombre	Correlación (r)	.	Nombre.	Correlación (r).
1	FLIC it. 1	.619	•	FLIC it. 12	.640
2	FLIC it. 2	.584	•	FLIC it. 13	.750
3	FLIC it. 3	.580	•	FLIC it. 14	.772
4	FLIC it. 4	.704	•	FLIC it. 15	.665
5	FLIC it. 5	.273	•	FLIC it. 16	.524
6	FLIC it. 6	.748	•	FLIC it. 17	.380
7	FLIC it. 7	.657	•	FLIC it. 18	.509
8	FLIC it. 8	.572	•	FLIC it. 19	.598
9	FLIC it. 9	.667	•	FLIC it. 20	.608
10	FLIC it. 10	.738	•	FLIC it. 21	.409
11	FLIC it. 11	.689	•	FLIC it. 22	.728

A) Test - retest.

A una parte de la muestra (N = 90) se le entregó el FLIC por segunda vez con un intervalo medio de seis meses. La correlación entre la primera y la segunda aplicación (índice de fiabilidad) es $r_{11} = .495$

B) Dos mitades.

Después de realizar las oportunas inversiones en el valor de las respuestas de los items según quedó arriba explicado, se calculó la suma de los elementos pares y la de los impares, correlacionando ambas puntuaciones. El coeficiente de fiabilidad así obtenido es $r_{11} = .858$

Aunque el índice de fiabilidad obtenido por el procedimiento de test-retest resulta un poco bajo, hay que tener en cuenta que las variaciones en la segunda medida no sólo pueden atribuirse a las imprecisiones del instrumento de medida, sino también a cambios reales en la Calidad de vida de las enfermas. Esta idea viene apoyada por el índice de fiabilidad resultante mediante el procedimiento dos mitades que alcanza niveles plenamente aceptables.

3.2.2.- Validez.

3.2.2.1.- Validez de constructo.

Con el fin de ofrecer datos sobre la validez de constructo de la versión española del Flic que en este trabajo se presenta, se aplicó un análisis factorial mediante el análisis de los componentes principales y el método varimax de transformación ortogonal, cuyos resultados se reflejan en la tabla XVII.

TABLA XVII
Análisis Factorial del Flic.

<u>F. I</u>	<u>F. II</u>	<u>F. III</u>	<u>F. IV</u>
4(.511)	1(.698)	11(.551)	5(.867)
6(.502)	2(.613)	16(.582)	17(.515)
7(.707)	3(.745)	19(.504)	
8(.723)	9(.753)	21(.685)	
10(.462)	18(.679)		
12(.637)			
13(.673)			
14(.712)			
15(.774)			
21(.636)			
22(.556)			

NOTA: F= Factor; Los números entre paréntesis representan las saturaciones factoriales, a su izquierda figura el número de la variable a que corresponden.



Mediante este procedimiento aparecen cuatro factores que explican un 57% de la varianza común. El F. I (40,7% de la varianza común) satura alto en items que se relacionan con el bienestar físico, la capacidad funcional y la interacción familiar; se trata de un factor amplio que engloba los factores I y III (Bienestar físico y Interacción familiar respectivamente) que proponen los autores. El F. II (29,5%) es un factor comparable con el factor II (Estado psicológico) que definen los autores del test, ya que presenta las cargas factoriales más elevadas en items que precisamente se relacionan con el citado concepto. El factor III (19,3%) arroja saturaciones factoriales altas en items que hacen referencia a la sociabilidad y a la satisfacción con el tratamiento prescrito; resulta, por tanto, equiparable al factor IV (Sociabilidad) que proponen los autores. Por último, el factor IV (10,5%) hace referencia exclusivamente a las náuseas y coincide también con los resultados de los autores (117), si bien éstos decidieron en su momento considerar aquéllas como un síntoma físico más, incluyendo los dos items correspondientes en el factor I (Síntomas físicos).

A la vista de estos resultados y teniendo en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas entre las muestras utilizadas por los autores en el estudio de

validación de la prueba y las de este estudio, parece que los factores hallados son bastante concordantes con los descritos, lo que habla en favor de la estabilidad y constancia factorial de la prueba.

3.2.2.2.- Validez por criterio externo concurrente.

Se ha relacionado la puntuación global del FLIC y cada uno de los cuatro factores para él definidos con cada una de las escalas del cuestionario de la EORTC y con cada uno de los items por separado de este último test. Debido a la naturaleza de las variables, el procedimiento estadístico que parece más adecuado es el Anova (Programa Stat View del sistema Macintosh), que informa de la significación de las diferencias entre las puntuaciones medias en las variables del FLIC, según las categorías de respuestas que se definen en las escalas y en los items del cuestionario de la EORTC.

Lo primero que llama la atención de los resultados obtenidos es que la puntuación total del FLIC presenta una gran cantidad de diferencias significativas tanto con las escalas del cuestionario de la EORTC como con los items de éste tomados independientemente (ver tablas XVIII, XIX, XX, XXI,

XXII y XXIII). Ello parece indicar que la puntuación del FLIC discrimina bastante bien las diferentes categorías de respuesta definidas por las variables (escalas e items) del cuestionario de la EORTC. Esto es particularmente cierto para las escalas de Capacidad funcional, Capacidad laboral, Interacción social, Impacto económico, Toxicidad de la Quimioterapia y Dolor; no tanto para la escala de Síntomas físicos (sólo discrimina categorías extremas), la Calidad de Vida Global y en absoluto para la escala de Distress Psicológico y para el Alivio del Dolor. En cuanto a los 36 items estudiados independientemente discrimina en 32 (84%) de ellos.

No puede hacerse la misma afirmación para cada uno de los factores del FLIC, que sólo son capaces de discriminar en algunas variables del cuestionario de la EORTC. Así, el F I (bienestar físico e interacción familiar), arroja diferencias significativas en la escala de Capacidad funcional ("Cero" versus resto de categorías excepto "Uno"; tampoco en el resto de las comparaciones); en las escalas de Síntomas Físicos, Distress Psicológico, Interacción Social, Impacto Económico, Calidad de Vida Global y Toxicidad de la Quimioterapia, discrimina sólo categorías extremas (Nada-Bastante y Nada-Mucho según el caso). En cuanto al análisis por items, discrimina en 10 de los

38 items estudiados (26%) y únicamente en los que se refiere a las categorías extremas (ver tablas XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXIV).

El F II (estado psicológico), no presenta diferencias significativas en ninguna de las escalas definidas para el cuestionario de la EORTC y sólo en 5 items (13%) aparecen diferencias significativas en algunas de las comparaciones realizadas (ver tablas XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXV). El F III (sociabilidad, satisfacción con el tratamiento), discrimina entre la categoría "Cero" y el resto en la escala de Capacidad funcional y las categorías extremas de las escalas de Capacidad laboral ("Cero"- "Dos"), Síntomas Físicos ("Nada" - "Bastante"), Interacción social ("Nada" - "Bastante"), Calidad de Vida Global ("Cero" - "Seis"), Toxicidad de la Quimioterapia ("Nada" - "Mucho") y Dolor ("Nada" y "Un poco" versus "Mucho"). No hay ninguna otra diferencia significativa en las comparaciones realizadas con el resto de las escalas del cuestionario de la EORTC. Respecto a los contrastes realizados con los items del cuestionario de la EORTC, discrimina sólo categorías extremas de 10 (26%) de los 38 items (ver tablas XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXVI). Por último el F IV (náuseas) sólo muestra diferencias significativas en algunas comparaciones aisladas de las escalas de Capacidad funcional, Síntomas Físicos e

Interacción social y en 8 (21%) de los Items del cuestionario de la EORTC (ver tablas XVIII, XIX, XX, XXI, XXII y XXVII).

En definitiva, a la vista de los resultados obtenidos en este estudio sobre la validez del FLIC por criterio externo concurrente, se puede considerar que la puntuación total resulta ser bastante discriminativa de las variables del cuestionario de la EORTC; los factores I y III discriminan moderadamente dichas variables y los factores II y IV son escasamente discriminativos de los constructos medidos a través del cuestionario de la EORTC.

TABLA XVIII
Capacidad Funcional EORTC/ FLIC

	FLIC	P. Total	F. I	F. II	F. III	F. IV
1	Cero	76	40	18	14.5	9.5
2	Uno	100.429	62	26.714	24.429	12.857
3	Dos	98	63.455	23.455	22.545	12.727
4	Tres	114.724	62.207	21.793	23.759	13.103
5	Cuatro	117.179	62.276	24.966	22.759	12.552
6	Cinco	129.761	62.234	24.681	23.426	12.957
7	Seis	128.625	62.679	24.911	23.482	12.089
8	Siete	134.174	64.478	24.13	24.217	12.957
9	Cero-Uno	-24.429	-22	-8.714	-9.929 *	-3.357
10	Cero-Dos	-22	-23.455 *	-5.455	-8.045 *	-3.227
11	Cero-Tres	-38.724 *	-22.207 *	-3.793	-9.259 *	-3.603 *
12	Cero-Cuatro	-41.179 *	-22.276 *	-6.966	-8.259 *	-3.052
13	Cero-Cinco	-53.761 *	-22.234 *	-6.681	-8.926 *	-3.457 *
14	Cero-Seis	-52.625 *	-22.679 *	-6.911	-8.982 *	-2.589
15	Cero-Siete	-58.174 *	-24.478 *	-6.13	-9.717 *	-3.457 *
16	Uno-Dos	2.429	-1.455	3.259	1.884	.13
17	Uno-Tres	-14.295	-.207	4.921	.67	-.246
18	Uno-Cuatro	-16.75	-.276	1.748	1.67	.305
19	Uno-Cinco	-29.332 *	-.234	2.033	1.003	-.1
20	Uno-Seis	-28.196 *	-.679	1.803	.947	.768
21	Uno-Siete	-33.745 *	-2.478	2.584	.212	-.1
22	Dos-Tres	-16.724 *	1.248	1.662	-1.214	-.376
23	Dos-Cuatro	-19.179 *	1.179	-1.511	-.214	.175
24	Dos-Cinco	-31.761 *	1.221	-1.226	-.881	-.23
25	Dos-Seis	-30.625 *	.776	-1.456	-.937	.638
26	Dos-Siete	-36.174 *	-1.023	-.675	-1.672	-.23
27	Tres-Cuatro	-2.455	-.069	-3.173	1	.551
28	Tres-Cinco	-15.037 *	-.027	-2.888	.333	.146
29	Tres-Seis	-13.901 *	-.472	-3.118	.277	1.014 *
30	Tres-Siete	-19.45 *	-2.271	-2.337	-.458	.146
31	Cuatro-Cin...	-12.582 *	.042	.285	-.667	-.405
32	Cuatro-Seis	-11.446 *	-.403	.055	-.723	.463
33	Cuatro-Siete	-16.995 *	-2.202	.836	-1.458	-.405
34	Cinco-Seis	1.136	-.445	-.23	-.056	.868 *
35	Cinco-Siete	-4.413	-2.244	.551	-.791	0
36	Seis-Siete	-5.549	-1.799	.781	-.735	-.868

TABLA XIX
Capacidad Laboral EORTC/ FLIC

	FLIC	P. Total	F. I	F. II	F. III	F. IV
1	Cero	103.707	60.644	24.644	22.034	12.508
2	Uno	120.595	61.535	23.07	23.372	12.791
3	Dos	134.5	63.882	24.52	24.167	12.637
4	Cero-Uno	-16.888 *	-.891	1.574	-1.338	-.283
5	Cero-Dos	-30.793 *	-3.238	.124	-2.133 *	-.129
6	Uno-Dos	-13.905	-2.347	-1.45	-.795	.154

TABLA XX
Calidad de Vida global EORTC/ FLIC

	FLIC	P. Total	F. I	F. II	F. III	F. IV
1	Cero	120.5	50	21	19.25	13
2	Uno	123	59	21.25	24	12
3	Dos	117.375	56.417	24.292	23.125	12.125
4	Tres	119	64.304	24.304	23.571	12.786
5	Cuatro	130.952	61.952	22.5	22.786	12.286
6	Cinco	129.065	65.903	26.516	23.419	12.871
7	Seis	120.7	63	25.613	24.806	12.968
8	Cero-Uno	-2.5	-9	-.25	-4.75	1
9	Cero-Dos	3.125	-6.417	-3.292	-3.875	.875
10	Cero-Tres	1.5	-14.304 *	-3.304	-4.321	.214
11	Cero-Cuatro	-10.452	-11.952	-1.5	-3.536	.714
12	Cero-Cinco	-8.565	-15.903 *	-5.516	-4.169	.129
13	Cero-Seis	-.2	-13	-4.613	-5.556 *	.032
14	Uno-Dos	5.625	2.583	-3.042	.875	-.125
15	Uno-Tres	4	-5.304	-3.054	.429	-.786
16	Uno-Cuatro	-7.952	-2.952	-1.25	1.214	-.286
17	Uno-Cinco	-6.065	-6.903	-5.266	.581	-.871
18	Uno-Seis	2.3	-4	-4.363	-.806	-.968
19	Dos-Tres	-1.625	-7.887 *	-.012	-.446	-.661
20	Dos-Cuatro	-13.577 *	-5.535	1.792	.339	-.161
21	Dos-Cinco	-11.69	-9.486 *	-2.224	-.294	-.746
22	Dos-Seis	-3.325	-6.583	-1.321	-1.681	-.843
23	Tres-Cuatro	-11.952 *	2.352	1.804	.785	.5
24	Tres-Cinco	-10.065 *	-1.599	-2.212	.152	-.085
25	Tres-Seis	-1.7	1.304	-1.309	-1.235	-.182
26	Cuatro-Cinco	1.887	-3.951	-4.016 *	-.633	-.585
27	Cuatro-Seis	10.252	-1.048	-3.113 *	-2.02	-.682
28	Cinco-Seis	8.365	2.903	.903	-1.387	-.097

TABLA XXI.- Puntuación Total y Factores del FLIC/ Varias Escalas EORTC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un po...	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Bastan...	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	P. TOTAL	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	Síntomas Físicos	124.245	121.988	108.091	.	2.257	16.154 *	.	13.897	.	.
3	Distress Psicológico	124.944	122.552	118.826	.	2.392	6.118	.	3.726	.	.
4	Interacción Social	130.222	112.093	103.167	90.333	18.129*	27.056*	39.889*	8.926	21.76*	12.833
5	Impacto Económico	127.013	113.160	108.500	98.875	13.853*	18.513*	28.138*	4.66	14.285	9.625
6	Toxicidad de la Q. T.	127.544	115.897	116.727	85.500	11.647*	10816*	42.044*	-.831	30.397	31.227
7	Dolor	136.782	120.360	109.333	95.000	16.422*	27.448*	41.782*	11.027*	25.36	14.333
8	Alivio del dolor	105.500	104.269	114.167	115.941	1.204	-8.667	-10.441	-9.87	-11.645	-1.775
9	FACTOR I	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	Síntomas Físicos	64.616	61.529	53.545	.	3.087	11.071 *	.	7.984	.	.
11	Distress Psicológico	65.509	61.952	57.870	.	3.557	7.639 *	.	4.082	.	.
12	Interacción Social	63.059	63.795	54.611	62.333	-.737	8.448*	.725	9.184*	1.462	-7.722
13	Impacto Económico	63.783	60.231	62.067	52.500	3.552	1.711	11.283*	-1.841	7.731	9.571
14	Toxicidad de la Q. T.	62.243	64.667	59.636	39.500	-2.424	2.606	22.743*	5.03	25.167*	20.136
15	Dolor	62.786	63.110	60.200	58.500	-.324	2.586	4.286	2.91	4.61	1.7
16	Alivio del dolor	69.000	60.750	63.400	57.647	8.25	5.6	11.353	-2.65	3.103	5.753
17	FACTOR II	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	Síntomas Físicos	25.343	23.212	23.364	.	2.131	1.979	.	-.152	.	.
19	Distress Psicológico	25.564	23.960	22.696	.	1.604	2.868	.	1.264	.	.
20	Interacción Social	24.412	24.864	21.056	25.667	-.452	3.356	-1.255	3.808	-.803	-4.611
21	Impacto Económico	24.625	23.269	25.214	20.000	1.356	-.589	4.625	-1.945	3.269	5.214
22	Toxicidad de la Q. T.	24.107	24.833	24.091	21.500	-.727	.016	2.607	.742	3.333	2.591
23	Dolor	25.089	24.140	23.125	26.500	.949	1.964	-1.411	1.015	-2.36	-3.375
24	Alivio del dolor	32.500	24.000	22.900	21.412	8.5	9.6	11.088*	1.1	2.588	1.488

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un po...	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Bastan...	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
25	FACTOR III	•	•	•	•	,	,	,	,	,	,
26	Síntomas Físicos	24.152	23.094	20.545	•	1.058	3.607 *	,	2.549	,	,
27	Distress Psicológico	24.309	23.103	22.696	•	1.206	1.613	,	.407	,	,
28	Interacción Social	23.919	22.795	21.222	22.000	1.124	2.697*	1.919	1.573	.795	-.778
29	Impacto Económico	23.783	22.077	23.500	20.375	1.706	.283	3.408	-1.423	1.702	3.125
30	Toxicidad de la Q. T.	24.019	23.200	22.273	17.000	.819	1.747	7.019*	.927	6.2	5.273
31	Dolor	23.821	23.740	22.525	16.000	.081	1.296	7.821*	1.215	7.74*	6.525
32	Alivio del dolor	27.500	23.107	23.667	21.059	4.393	3.833	6.441	-.56	2.048	2.608
33	FACTOR IV	•	•	•	•	,	,	,	,	,	,
34	Síntomas Físicos	13.051	12.129	11.919	•	.922 *	1.132	,	.21	,	,
35	Distress Psicológico	12.800	12.667	12.043	•	.133	.757	,	.624	,	,
36	Interacción Social	12.566	13.045	12.722	10.833	-.479	-.156	1.733	.323	2.212*	1.889
37	Impacto Económico	12.559	13.154	12.214	12.375	-.595	.345	.184	.94	.779	-.161
38	Toxicidad de la Q. T.	12.553	12.800	12.136	13.500	.733	1.06	3.223	1.125	3.245	-1.364
39	Dolor	12.911	12.310	12.900	13.500	.601	.011	-.589	-.59	-1.19	-.6
40	Alivio del dolor	12.500	12.179	12.900	12.706	.321	-.4	-.206	-.721	-.527	.194

TABLA XXII.- Items 1 al 9 del EORTC/ Puntuación Total y Factores del FLIC.

	Variable	P. Total - Sí	P. Total - No	P. Total - Dif.	F. I - Sí	F. I - No	F. I - Dif.	F. II - Sí	F. II - No	F. II - Dif.	F. III - Sí	F. III - No	F. III - Dif.	F. IV - Sí	F. IV - No	F. IV - Dif.
1	Item 1	132.778	118.152	14.626 *	63.719	61.791	1.928	24.031	24.353	-.322	23.594	23.281	.313	12.484	12.734	-.25
2	Item 2	127.574	114.375	13.199 *	62.846	61.548	1.298	24.731	23.329	1.402	23.823	22.575	1.248	12.585	12.699	-.114
3	Item 3	110.089	127.630	-17.541 *	63.482	62.061	1.421	22.500	24.912	-2.412 *	23.268	23.426	-.158	12.875	12.541	.334
4	Item 4	115.824	123.508	-7.684	61.941	62.357	-.416	23.353	24.270	-.917	21.824	23.508	-1.684	12.000	12.676	-.676
5	Item 5	100.321	126.337	-26.016 *	59.276	62.931	-3.655	23.586	24.335	-.749	22.996	23.434	-.438	12.690	12.607	.083
6	Item 6	120.634	126.704	-6.07	61.629	63.958	-2.329	24.242	24.264	-.022	23.235	23.653	-.418	12.659	12.583	.076
7	Item 7	96.312	125.043	-28.731 *	60.412	62.636	-2.224	24.941	24.187	.754	24.118	23.316	.802	12.412	12.652	-.24
8	Item 8	107.598	133.294	-25.696 *	61.119	63.387	-2.268	24.000	24.387	-.387	22.143	24.218	-2.075 *	12.690	12.580	.11
9	Item 9	108.203	131.031	-22.828 *	60.400	63.555	-3.155	24.320	24.156	.164	22.000	23.852	-1.852	12.427	12.742	-.315

TABLA XXIII.- Items 10 al 48 del EORTC/ Puntuación Total FLIC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un poco	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Bastante	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	Item 10	126.644	114.957	100.667	•	11.687*	25.977*	,	14.29	,	,
2	Item 11	137.192	119.733	98.636	92.600	17.459*	38.556*	44.592*	21.097*	27.133*	6.036
3	Item 12	136.769	120.898	104.414	99.444	15.871*	32.355*	37.325*	16.484*	21.454*	4.97
4	Item 13	132.000	112.587	95.500	84.333	19.413*	36.5*	47.667*	17.087*	28.254*	11.167
5	Item 14	131.118	118.926	105.208	102.071	12.192*	25.91*	29.047*	13.718*	16.855*	3.137
6	Item 15	133.624	112.791	101.846	91.333	20.833*	31.778*	42.291*	10.945	21.458*	10.513
7	Item 16	126.387	107.000	94.500	94.500	19.387*	31.887*	31.887*	12.5	12.5	0
8	Item 17	125.466	111.696	81.000	78.000	13.77*	44.466*	47.466*	30.696*	33.696*	3
9	Item 18	124.134	114.824	110.333	105.000	9.31	13.801	19.134	4.491	9.824	5.333
10	Item 19	126.500	123.705	112.158	101.857	2.795	14.342*	24.643*	11.547	21.848*	10.301
11	Item 20	123.649	107.818	140.000	119.000	15.831*	-16.351	4.649	-32.182	-11.182	21
12	Item 21	135.367	121.321	100.826	97.000	14.046*	34.541*	38.367*	20.495*	24.321*	3.826
13	Item 22	126.504	120.982	113.190	103.571	5.522	13.314*	22.933*	7.792	17.411	9.619
14	Item 23	112.850	112.068	126.792	137.000	.782	-13.942*	-24.15*	-14.724*	-24.932*	-10.208*
15	Item 24	129.853	117.047	90.200	95.143	12.806*	39.653*	34.7*	26.847*	21.904*	-4.943
16	Item 25	129.164	114.409	99.737	115.750	14.755*	29.427*	13.414	14.672*	-1.341	-16.013
17	Item 26	110.359	116.733	129.275	132.000	-6.374	-18.916*	-21.641*	-12.542*	-15.267*	-2.725*
18	Item 27	132.964	120.776	110.903	105.000	12.188*	22.061*	27.964*	9.873*	15.776*	5.903
19	Item 28	109.231	116.350	125.593	128.480	-7.119	-16.362*	-19.249*	-9.243*	-12.13*	-2.887
20	Item 29	136.039	127.180	106.167	103.882	8.859*	29.872*	32.157*	21.013*	23.298*	2.285
21	Item 30	97.550	114.980	125.087	134.726	-17.43*	-27.537 *	-37.176*	-10.107*	-19.746*	-9.639*
22	Item 31	98.875	113.762	129.994	141.939	-14.887*	-31.119*	-43.064*	-16.232*	-28.177*	-11.945*
23	Item 32	129.899	112.333	98.333	98.417	17.566*	31.566*	31.482*	14*	13.916*	-.084
24	Item 33	125.811	107.701	106.000	99.600	18.1*	19.811*	26.211*	1.701	8.101	6.4
25	Item 34	127.013	113.160	108.500	98.875	13.853*	18.513*	28.138*	4.66	14.285	9.625
26	Item 42	124.950	116.571	105.273	98.667	8.379	19.677*	26.283	11.298	17.904	6.606
27	Item 45	125.315	116.615	112.944	117.389	8.7	12.371*	7.926	3.671	-.774	-4.445
28	Item 47	127.177	123.750	115.400	87.800	3.427	11.777*	39.377*	8.35	35.95*	27.6*
29	Item 48	130.186	119.500	112.963	94.714	10.686*	17.223*	35.472*	6.537	24.786*	18.249

TABLA XXIV.- Items 10 al 48 del EORTC/ Factor I del FLIC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un poco	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Bastan...	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	Item 10	62.313	63.771	57.667	.	-1.458	4.646	.	6.104	.	.
2	Item 11	64.165	62.331	61.435	56.500	1.834	2.73	7.665	.896	5.831	4.935
3	Item 12	62.615	62.560	65.138	50.111	.055	-2.523	12.504*	-2.578	12.449*	15.027*
4	Item 13	63.057	63.094	60.000	31.667	-.037	3.057	31.39*	3.094	31.427*	28.333*
5	Item 14	61.964	62.745	65.375	60.143	-.781	-3.411	1.821	-2.63	2.602	5.232
6	Item 15	61.836	64.588	64.077	50.889	-2.752	-2.241	10.947*	.511	13.699*	13.188*
7	Item 16	63.112	56.000	69.167	58.500	7.112 *	-6.055	4.612	-13.167*	-2.5	10.667
8	Item 17	62.747	63.640	40.667	54.500	-.893	22.08*	8.247	22.973*	9.14	-13.833
9	Item 18	62.608	61.000	53.000	67.500	1.608	9.608	-4.892	8	-6.5	-14.5
10	Item 19	62.240	64.591	67.100	50.857	-2.351	-4.86	11.383*	-2.509	13.734*	16.243*
11	Item 20	62.005	70.273	70.000	58.000	-8.268	-7.995	4.005	.273	12.273	12
12	Item 21	62.862	61.953	62.087	61.167	.909	.775	1.695	-.134	.786	.92
13	Item 22	62.607	62.965	60.672	58.000	-.358	1.935	4.607	2.293	4.965	2.672
14	Item 23	58.025	63.182	62.859	65.541	-5.157	-4.834	-7.516*	.323	-2.359	-2.682
15	Item 24	62.197	63.659	61.333	61.143	-1.462	.864	1.054	2.326	2.516	.19
16	Item 25	63.326	60.956	59.947	59.000	2.37	3.379	4.326	1.009	1.956	.947
17	Item 26	61.462	61.050	65.698	62.723	.412	-4.236	-1.261	-4.648	-1.673	2.975
18	Item 27	63.895	60.985	63.774	59.100	2.91	.121	4.795	-2.789	1.885	4.674
19	Item 28	53.808	62.575	64.864	63.351	-8.767*	-11.056*	-9.543*	-2.289	-.776	1.513
20	Item 29	62.604	62.461	64.095	56.294	.143	-1.491	6.31	-1.634	6.167	7.801
21	Item 30	55.900	63.294	63.087	63.141	-7.394*	-7.187*	-7.241*	.207	.153	-.054
22	Item 31	55.167	60.683	66.589	60.545	-5.516	-11.422*	-5.378	-5.906*	.138	6.044*
23	Item 32	63.007	64.000	58.250	55.583	-.993	4.757	7.424	5.75	8.417	2.667
24	Item 33	62.976	60.667	60.909	56.200	2.309	2.067	6.776	-.242	4.467	4.709
25	Item 34	63.783	60.231	62.071	52.500	3.552	1.712	11.283*	-1.84	7.731	9.571
26	Item 42	62.907	58.095	67.636	46.333	4.812	-4.729	16.574*	-9.541	11.762	21.303*
27	Item 45	62.161	65.071	66.833	55.944	-2.91	-4.672	6.217	-1.762	9.127*	10.889*
28	Item 47	62.588	63.453	59.320	60.237	-.865	3.268	2.351	4.133	3.216	-.917
29	Item 48	62.784	64.108	59.444	56.143	-1.324	3.34	6.641	4.664	7.965	3.301

TABLA XXV.- Items 10 al 48 del EORTC/ Factor II del FLIC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un poco	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Basta...	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	Item 10	24.469	23.958	22.222	•	.511	2.247	,	1.736	,	,
2	Item 11	25.418	23.544	23.565	22.300	1.874	1.853	3.118	-.021	1.244	1.265
3	Item 12	24.738	24.360	23.517	20.778	.378	1.221	3.96	.843	3.582	2.739
4	Item 13	25.041	22.984	24.643	16.667	2.057	.398	8.374	-1.659	6.317	7.976
5	Item 14	24.090	24.455	25.083	23.286	-.365	-.993	.804	-.628	1.169	1.797
6	Item 15	24.227	24.765	25.308	18.667	-.538	-1.081	5.56*	-.543	6.098*	6.641*
7	Item 16	24.308	23.174	25.000	26.500	1.134	-.692	-2.192	-1.826	-3.326	-1.5
8	Item 17	24.471	23.560	17.000	24.500	.911	7.471	-.029	6.56	-.94	-7.5
9	Item 18	24.365	23.882	15.333	26.000	.483	9.032*	-1.635	8.549	-2.118	-10.667
10	Item 19	24.544	24.144	25.200	21.429	.4	-.656	3.115	-1.056	2.715	3.771
11	Item 20	24.116	28.273	15.000	18.000	-4.157	9.116	6.116	13.273	10.273	-3
12	Item 21	24.587	23.835	24.870	21.917	.752	-.283	2.67	-1.035	1.918	2.953
13	Item 22	25.162	22.860	23.667	20.857	2.302	1.495	4.305	-.807	2.003	2.81
14	Item 23	22.475	24.500	24.359	25.730	-2.025	-1.884	-3.255	.141	-1.23	-1.371
15	Item 24	24.270	24.705	22.733	23.286	-.435	1.537	.984	1.972	1.419	-.553
16	Item 25	24.622	23.844	22.842	22.250	.778	1.78	2.372	1.002	1.594	.592
17	Item 26	23.513	23.600	24.528	25.468	-.087	-1.015	-1.955	-.928	-1.868	-.94
18	Item 27	25.500	23.552	23.290	22.700	1.948	2.21	2.8	.262	.852	.59
19	Item 28	21.346	24.900	23.475	25.442	-3.554	-2.129	-4.096*	1.425	-.542	-1.967
20	Item 29	25.623	24.596	22.952	21.000	1.027	2.671	4.623*	1.644	3.596	1.952
21	Item 30	23.100	22.941	25.174	24.656	.159	-2.074	-1.556	-2.233	-1.715	.518
22	Item 31	22.042	23.349	26.288	23.909	-1.307	-4.246*	-1.867	-2.939*	-.56	2.379
23	Item 32	24.360	24.975	23.750	22.333	-.615	.61	2.027	1.225	2.642	1.417
24	Item 33	24.535	24.067	21.091	23.600	.468	3.444	.935	2.976	.467	-2.509
25	Item 34	24.625	23.269	25.214	20.000	1.356	-.589	4.625	-1.945	3.269	5.214
26	Item 42	24.179	23.476	27.000	24.000	.703	-2.821	.179	-3.524	-.524	3
27	Item 45	24.282	24.107	26.500	22.278	.175	-2.218	2.004	-2.393	1.829	4.222
28	Item 47	25.072	23.391	22.360	25.273	1.681	2.712	-.201	1.031	-1.882	-2.913
29	Item 48	24.670	24.581	23.037	23.429	.089	1.633	1.241	1.544	1.152	-.392

TABLA XXVI.- Items 10 al 48 del EORTC/ Factor III del FLIC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un poco	Nada- Basta...	Nada-Mucho	Un Poco-Bastan...	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	Item 10	23.150	24.396	21.778	•	-1.246	1.372	,	2.618	,	,
2	Item 11	24.152	23.344	22.391	20.300	.808	1.761	3.852*	.953	3.044*	2.091
3	Item 12	23.508	23.570	23.483	20.222	-.062	.025	3.286*	.087	3.348*	3.261
4	Item 13	23.549	23.484	21.786	21.333	.065	1.763	2.216	1.698	2.151	.453
5	Item 14	23.072	23.491	24.500	23.500	-.419	-1.428	-.428	-1.009	-9.000E-3	1
6	Item 15	23.491	23.721	23.462	19.667	-.23	.029	3.824*	.259	4.054*	3.795
7	Item 16	23.527	21.565	26.000	23.250	1.962	-2.473	.277	-4.435*	-1.685	2.75
8	Item 17	23.511	23.280	19.000	20.000	.231	4.511	3.511	4.28	3.28	-1
9	Item 18	23.387	22.824	24.000	26.000	.563	-.613	-2.613	-1.176	-3.176	-2
10	Item 19	23.552	23.023	25.100	20.429	.529	-1.548	3.123*	-2.077	2.594	4.671*
11	Item 20	23.221	25.818	28.000	24.000	-2.597	-4.779	-.779	-2.182	1.818	4
12	Item 21	23.325	23.624	22.435	22.583	-.299	.89	.742	1.189	1.041	-.148
13	Item 22	23.342	23.263	24.238	21.143	.079	-.896	2.199	-.975	2.12	3.095
14	Item 23	22.000	23.909	23.474	24.135	-1.909	-1.474	-2.135*	.435	-.226	-.661
15	Item 24	23.482	23.636	21.733	23.143	-.154	1.749	.339	1.903	.493	-1.41
16	Item 25	23.667	23.044	21.737	24.250	.623	1.93	-.583	1.307	-1.206	-2.513
17	Item 26	23.051	21.983	24.698	24.043	1.068	-1.647	-.992	-2.715*	-2.06*	.655
18	Item 27	24.047	22.731	23.548	22.450	1.316	.499	1.597	-.817	.281	1.098
19	Item 28	21.000	23.175	23.559	24.169	-2.175	-2.559*	-3.169*	-.384	-.994	-.61
20	Item 29	23.377	23.191	23.762	23.176	.186	-.385	.201	-.571	.015	.586
21	Item 30	21.150	23.216	23.449	24.141	-2.066	-2.299	-2.991*	-.233	-.925	-.692
22	Item 31	21.083	22.952	24.356	23.758	-1.869	-3.273*	-2.675*	-1.404	-.806	.598
23	Item 32	23.935	22.725	22.417	20.667	1.21	1.518	3.268*	.308	2.058	1.75
24	Item 33	23.671	21.200	22.000	22.200	2.471*	1.671	1.471	-.8	-1	-.2
25	Item 34	23.783	22.077	23.500	20.375	1.706	.283	3.408	-1.423	1.702	3.125
26	Item 42	23.660	22.095	23.727	19.667	1.565	-.067	3.993	-1.632	2.428	4.06
27	Item 45	23.782	23.393	24.111	20.889	.389	-.329	2.893*	-.718	2.504	3.222*
28	Item 47	23.773	23.953	21.640	21.000	-.18	2.133*	2.773	2.313*	2.953	.64
29	Item 48	23.886	23.527	22.593	20.857	.359	1.293	3.029	.934	2.67	1.736

TABLA XXVII.- Items 10 al 48 del EORTC/ Factor IV del FLIC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Nada-Un poco	Nada- Bastante	Nada-Mucho	Un Poco-Bastante	Un Poco- Mucho	Bastante-Mucho
1	Item 10	12.551	13.146	11.222	•	-.595	1.329	,	1.924*	,	,
2	Item 11	12.570	12.678	12.913	12.700	-.108	-.343	-.13	-.235	-.022	.213
3	Item 12	12.323	12.680	13.310	12.000	-.357	-.987*	.323	-.63	.68	1.31
4	Item 13	12.615	12.734	13.429	8.000	-.119	-.814	4.615*	-.695	4.734*	5.429*
5	Item 14	12.423	13.055	12.542	12.786	-.632	-.119	-.363	.513	.269	-.244
6	Item 15	12.482	12.868	13.308	11.444	-.386	-.826	1.038	-.44	1.424	1.864
7	Item 16	12.609	12.435	13.667	13.250	.174	-1.058	-.641	-1.232	-.815	.417
8	Item 17	12.678	12.760	10.667	10.000	-.082	2.011	2.678	2.093	2.76	.667
9	Item 18	12.685	12.176	10.667	14.000	.509	2.018	-1.315	1.509	-1.824	-3.333
10	Item 19	12.632	12.841	13.150	11.429	-.209	-.518	1.203	-.309	1.412*	1.721*
11	Item 20	12.574	13.455	14.000	14.000	-.881	-1.426	-1.426	-.545	-.545	0
12	Item 21	12.600	12.482	13.304	12.167	.118	-.704	.433	-.822	.315	1.137
13	Item 22	12.607	12.825	12.048	12.857	-.218	.559	-.25	.777	-.032	-.809
14	Item 23	12.350	12.545	12.731	12.811	-.195	-.381	-.461	-.186	-.266	-.08
15	Item 24	12.584	12.864	12.733	11.714	-.28	-.149	.87	.131	1.15	1.019
16	Item 25	12.615	13.044	11.842	12.000	-.429	.773	.615	1.202*	1.044	-.158
17	Item 26	13.051	12.167	13.019	12.404	.884	.032	.647	-.852*	-.237	.615
18	Item 27	12.407	13.284	11.903	12.550	-.877*	.504	-.143	1.381*	.734	-.647
19	Item 28	12.500	12.375	12.831	12.649	.125	-.331	-.149	-.456	-.274	.182
20	Item 29	12.623	12.831	12.381	12.353	-.208	.242	.27	.45	.478	.028
21	Item 30	12.650	12.902	12.406	12.656	-.252	.244	-6.000E-3	.496	.246	-.25
22	Item 31	11.542	12.667	12.890	12.424	-1.125*	-1.348*	-.882	-.223	.243	.466
23	Item 32	12.583	13.075	12.250	12.250	-.492	.333	.333	.825	.825	0
24	Item 33	12.641	13.400	12.909	9.800	-.759	-.268	2.841*	.491	3.6*	3.109*
25	Item 34	12.559	13.154	12.214	12.375	-.595	.345	.184	.94	.779	-.161
26	Item 42	12.574	12.286	13.636	12.667	.288	-1.062	-.093	-1.35	-.381	.969
27	Item 45	12.637	12.893	12.611	11.889	-.256	.026	.748	.282	1.004	.722
28	Item 47	12.670	12.516	12.360	13.091	.154	.31	-.421	.156	-.575	-.731
29	Item 48	12.625	12.527	12.556	13.143	.098	.069	-.518	-.029	-.616	-.587

4.- DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES.

Las variables que miden los cuestionarios EORTC y FLIC, tanto en lo que se refiere a los items individuales como las subescalas que se hacen para su interpretación, ya han sido descritas y definidas en el apartado anterior "Instrumentos de medida".

Las variables sociológicas y médicas también han sido expuestas someramente en la descripción de la muestra; no obstante, a continuación describo la forma en que se han definido operativamente la variables clínicas que vamos a tomar como variables independientes en este estudio.

A/ Estadios de la enfermedad:

Se trata de una variable discreta que se define a través de cinco categorías:

"Uno" corresponde al estadio I de la enfermedad.

"Dos" al estadio II.

"Tres" al estadio IIIA.

"Cuatro" al estadio IIIB.

"Cinco" al estadio IV de la enfermedad.

D/ Localización metastásica:

En la descripción de la muestra se han expuesto las distintas localizaciones metastásicas: metástasis pulmonares parenquimatosas, hepáticas, óseas, pleurales, suprarrenales, ganglionares, dérmicas, o bien varias localizaciones.

Para poder operar con esta variable, se han reclasificado en dos categorías: Categoría "Uno": pacientes que no tenían metástasis; y Categoría "Dos": cuando presentaban metástasis.

G/ Performance Status:

Se ha determinado según la escala de la ECOG/WHO, y se ha tomado como una variable categórica, distribuyendo a las pacientes en tres categorías:

"Uno": pacientes con PS igual a 0 que pueden desarrollar una actividad completa, puede cumplir con todos los quehaceres igual que antes de la enfermedad sin ninguna restricción.

"Dos": con PS=1, tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero siguen siendo ambulatorias y capaces de llevar a cabo trabajos ligeros o sedentarios.

"Tres": con PS=2, ambulatorias y capaces de cuidarse, pero no de llevar a cabo cualquier trabajo. Tienen que quedarse encamadas durante menos del cincuenta por ciento de las horas de vigilia.

H/ Síntomas:

La variable síntomas se ha categorizado para diferenciar entre pacientes asintomáticas (categoría "Uno") y sintomáticas (categoría "Dos), que agrupa a las pacientes que presentan algún síntoma atribuible a la enfermedad cancerosa.

I/ Tratamiento actual:

La variable tratamiento actual se ha distribuido igualmente en dos categorías para diferenciar entre las pacientes que estaban recibiendo algún tratamiento oncológico en el momento de cumplimentar el cuestionario (categoría "Dos") y las pacientes sin tratamiento (categoría "Uno").

J/ Quimioterapia actual:

De igual modo que en los casos anteriores, se ha diferenciado entre enfermas que no están recibiendo tratamiento quimioterápico ("Uno") y enfermas que sí reciben dicho tratamiento ("Dos")

5.- HIPOTESIS.

En el presente estudio se parte de las siguientes hipótesis:

1.- La calidad de vida sería significativamente mejor cuanto menos avanzada -estadios más precoces (I, II), mejor performance status (cero), asintómaticas y sin metástasis- esté la enfermedad.

2.- Las pacientes, mientras reciben tratamiento con quimioterapia, tendrían una calidad de vida significativamente peor que cuando no lo reciben.

3.- Cuantos más años han transcurrido desde el diagnóstico, la calidad de vida sería significativamente mejor.

4.- Las pacientes más jóvenes, casadas, con trabajo y aficiones y con un nivel de estudios más elevado tendrían una calidad de vida significativamente mejor que las solteras o viudas sin trabajo ni aficiones y con un nivel de estudios elemental.

6.- PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL.

El procedimiento seguido para la obtención de la muestra utilizada en este estudio fue el siguiente:

Desde Enero del 90 hasta Junio del 91, a primera hora de la mañana, se revisaron las historias clínicas de las pacientes que estaban citadas ese día en las consultas de Oncología Médica del H.U.V.M. y seleccionaron las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. A continuación se cumplimentó una ficha con los datos clínicos y algunos de los datos sociológicos que constan en la historia, añadiendo la citada ficha a su historia correspondiente, junto con el test y la indicación de entregárselo a la enferma o bien de recogerlo si éste ya se le había entregado en una visita previa. El oncólogo que revisaba a la paciente, terminaba de cumplimentar la ficha con los datos sociológicos que no constaban en la historia (nivel cultural, trabajo, aficiones...) y entregaba los cuestionarios, dando a la enferma una descripción general del estudio y explicándole cómo había de rellenar los datos del cuestionario. Asimismo, se pedía a las pacientes que el día que tuvieran que acudir a la consulta devolvieran el test cumplimentado. Este fue

el mayor problema encontrado a la hora de recoger la muestra: cuando el periodo transcurrido entre dos revisiones era demasiado largo, con alguna frecuencia las pacientes olvidaban traer los cuestionarios. No obstante me agrada poder afirmar que la disposición de las pacientes y la colaboración de los oncólogos han sido inmejorales.

RESULTADOS

1.- DESCRIPCION DE RESULTADOS.

En las siguientes tablas se pueden ver los porcentajes de respuestas a los distintos items y escalas:

Tabla XXVIII.- Porcentajes de respuestas a los items 1 al 9 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXIX.- Porcentajes de respuestas a los items 10 a 34 y 42, 45, 47 y 48 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXX.- Porcentajes de respuestas a los items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXXI.- Porcentajes de respuestas de la escala de Capacidad Funcional del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXXII.- Porcentajes de respuestas de la escala de Capacidad Laboral del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXXIII.- Porcentajes de respuestas de la Calidad de Vida Global del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXXIV.- Porcentajes de respuestas de varias escalas del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XXXV.- Media y desviación típica (σ) de los 22 items, puntuación total y los cuatro factores del F.L.I.C.

TABLA XXVIII

Porcentajes de respuestas a los items 1 al 9
del cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variable	No	Sí
1	Item 1	68.627	31.373
2	Item 2	35.784	64.216
3	Item 3	72.195	27.805
4	Item 4	91.626	8.374
5	Item 5	85.714	14.286
6	Item 6	35.610	64.390
7	Item 7	91.707	8.293
8	Item 8	58.333	41.667
9	Item 9	63.235	36.765

TABLA XXIX

Porcentajes de respuestas a los items 10 a 34 y 42, 45, 47 y 48 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	Item 10	71.707	23.902	4.390	0
2	Item 11	39.109	44.554	11.386	4.950
3	Item 12	31.863	49.510	14.216	4.412
4	Item 13	60.294	31.373	6.863	1.471
5	Item 14	54.634	26.289	11.707	6.829
6	Item 15	54.726	34.328	6.468	4.478
7	Item 16	83.744	11.330	2.956	1.970
8	Item 17	85.366	12.195	1.463	.976
9	Item 18	89.216	8.333	1.471	.980
10	Item 19	61.275	22.059	9.804	6.863
11	Item 20	93.627	5.392	.490	.490
12	Item 21	39.801	42.786	11.443	5.970
13	Item 22	57.635	28.079	10.837	3.448
14	Item 23	20.000	22.000	39.000	18.000
15	Item 24	67.157	22.059	7.353	3.431
16	Item 25	66.667	22.059	9.314	1.961
17	Item 26	19.500	30.000	27.000	23.500
18	Item 27	42.439	32.683	15.122	9.756
19	Item 28	12.808	19.704	29.557	37.931
20	Item 29	26.238	44.554	20.792	8.146
21	Item 30	9.756	24.878	34.146	31.220
22	Item 31	12.371	32.474	38.144	17.010
23	Item 32	68.627	19.608	5.882	5.882
24	Item 33	84.653	7.426	5.446	2.435
25	Item 34	76.119	12.935	6.965	3.920
26	Item 42	81.818	10.606	6.061	1.515
27	Item 45	66.138	14.815	9.524	9.524
28	Item 47	48.990	32.323	13.131	5.556
29	Item 48	44.670	38.071	13.706	13.553

TABLA XXX
Porcentajes de respuestas a los items 35 y
36 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variable	Media	Desviación Típica
1	Item 35	4.839	1.458
2	Item 36	5.078	1.443

TABLA XXXI

Porcentajes de respuestas de la escala de
Capacidad Funcional del cuestionario de la
E.O.R.T.C.

X₁: Capacidad Funcional			
Bar:	Element:	Count:	Percent:
1	Cero	2	.98
2	Uno	7	3.431
3	Dos	11	5.392
4	Tres	29	14.216
5	Cuatro	29	14.216
6	Cinco	47	23.039
7	Seis	56	27.451
8	Siete	23	11.275

-Mode

TABLA XXXII

Porcentajes de respuestas de la escala de
Capacidad Laboral del cuestionario de la
E.O.R.T.C.

X₅: E. Capacidad laboral

Bar:	Element:	Count:	Percent:
1	Cero	59	28.922
2	Uno	43	21.078
3	Dos	102	50

-Mode

TABLA XXXIII
Porcentajes de respuestas de la Calidad de
Vida Global del cuestionario de la E.O.R.T.C.

X6: C. V. Global

Bar:	Element:	Count:	Percent:	
1	Cero	4	2.083	
2	Uno	4	2.083	
3	Dos	24	12.5	
4	Tres	56	29.167	-Mode
5	Cuatro	42	21.875	
6	Cinco	31	16.146	
7	Seis	31	16.146	
8	Siete	0	0	

TABLA XXXIV
Porcentajes de respuestas de varias escalas
del cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variable	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1	Síntomas Físicos	50.769	43.590	5.000	0
2	Distress Psicológico	26.961	61.765	11.275	0
3	Interacción Social	66.667	21.569	8.824	2.941
4	Impacto Económico	76.000	13.000	7.000	4.000
5	Toxicidad de la Quimioterapia	55.080	32.086	11.765	1.070
6	Dolor	28.283	50.505	20.202	1.010
7	Alivio del Dolor	2.597	36.364	38.961	22.078

TABLA XXXV

Media y desviación típica (σ) de los 22 items, puntuación total y los cuatro factores del F.L.I.C.

	Variable	Media	Desviación Típica
1	Item 1	5.044	1.761
2	Item 2	5.084	1.823
3	Item 3	4.690	2.041
4	Item 4	5.657	1.782
5	Item 5	6.199	1.708
6	Item 6	5.872	1.291
7	Item 7	6.000	1.636
8	Item 8	6.168	1.587
9	Item 9	4.995	1.900
10	Item 10	5.168	1.990
11	Item 11	5.842	1.518
12	Item 12	5.935	1.657
13	Item 13	5.213	2.080
14	Item 14	5.767	1.837
15	Item 15	5.626	1.818
16	Item 16	5.940	1.641
17	Item 17	6.692	.940
18	Item 18	4.554	2.165
19	Item 19	5.650	1.842
20	Item 20	5.322	2.242
21	Item 21	6.260	1.470
22	Item 22	5.837	1.352
23	P. Total	122.767	23.221
24	Factor I	62.451	13.876
25	Factor II	24.250	7.365
26	Factor III	23.382	4.640
27	Factor IV	12.632	2.217



2.- ANALISIS DE RESULTADOS

Con el fin de verificar las hipótesis experimentales, se han realizado diversas pruebas de contraste estadístico en función de la naturaleza de las variables. Para las comparaciones entre variables discretas o categóricas (Estadio, Performance Status, Síntomatología, Metástasis, Tratamiento actual, Quimioterapia actual, Estado civil, Nivel de estudios, Trabajo y Aficiones con las escalas y los items - excepto los items 35 y 36- del cuestionario de la E.O.R.T.C.) se han utilizado Chi cuadrado y el Coeficiente "C" de Contingencia. Para los contrastes de las citadas variables discretas con variables continuas (Edad, Número de hijos, años desde el diagnóstico, Puntuación Total del FLIC y cada uno de sus cuatro factores definidos en el análisis factorial efectuado), se ha aplicado Anova. Por último, para averiguar la relación entre variables continuas, se ha hallado el coeficiente de correlación r de Pearson. Todos estos datos estadísticos han sido calculados a través del programa de ordenador Stat View+ de Macintosh. Los resultados aparecen en las tablas que se comentan a continuación.

2.1.- Hipótesis 1: La calidad de vida sería significativamente mejor cuanto menos avanzada -estadios más precoces, mejor performance status, asintómaticas y sin metástasis- estuviera la enfermedad.

El estadio arroja diferencias significativas con las escalas del cuestionario de la E.O.R.T.C. "Interacción Social", Toxicidad de la Quimioterapia" y "Dolor" (ver tabla XXXVI) y con los items 35 y 36 de este mismo test (ver tabla XL). La puntuación total del F.L.I.C. es menor en los estadios IIIb y IV, que en los tres primeros, resultando estadísticamente significativa sólo entre el IIIa y el IV (ver tabla XLI).

El Performance status discrimina significativamente con las escalas de Capacidad Funcional, Capacidad Laboral, Impacto Económico y Toxicidad de la Quimioterapia (ver tabla XXXVII) y con los items 35 y 36 ("Cero" vs. "Uno" y "Dos") del cuestionario de la E.O.R.T.C. (ver tabla XL). En el F.L.I.C. el grupo "Cero" y el "Uno" presentan una puntuación total en Calidad de Vida significativamente más alta que el "dos" y el F. II también establece diferencias entre los grupos "Cero" y "Dos".

La presencia de síntomas ha resultado estadísticamente significativa con las escalas de Capacidad laboral, Distress Psicológico, Interacción Social, Calidad de Vida Global, Toxicidad de la

Quimioterapia y dolor, así como con los items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C. (ver tablas XXXVIII y XL). La puntuación total del F.L.I.C. indica que las pacientes asintomáticas puntúan significativamente más alto que las sintomáticas, no apareciendo diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los cuatro factores (ver tabla XLI).

La variable Metástasis ofrece diferencias significativas con la escala de Capacidad laboral y con el item 35 del cuestionario de la E.O.R.T.C. (ver tablas XXXIX y XL). En el F.L.I.C. no aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa.

En definitiva, se puede considerar que los resultados ofrecen apoyo empírico a la primera hipótesis pero no de manera global. Es decir, efectivamente y según se presumía, las enfermas en estadios más precoces, con mejor performance status y, sobre todo, asintomáticas, tienen mejor Calidad de Vida que las que están en los últimos estadios, tienen peor performance status y presentan sintomatología. Estas diferencias no afectan a todos los aspectos evaluados de la Calidad de Vida, sino sólo a las escalas citadas. De las cuatro variables evaluadas en esta hipótesis la presencia o no de metástasis ha resultado escasamente discriminativa, mientras que la ausencia de sintomatología parece ser la que más afecta a la Calidad de vida de las enfermas.

TABLA XXXVI.- Estadio - E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	12.723	.243	*
2	Item 2	6.915	.182	,
3	Item 3	6.536	.177	,
4	Item 4	4.626	.150	,
5	Item 5	8.443	.201	,
6	Item 6	8.164	.197	,
7	Item 7	3.021	.121	,
8	Item 8	9.340	.210	,
9	Item 9	8.711	.203	,
10	Item 10	8.089	.196	,
11	Item 11	14.936	.263	,
12	Item 12	13.981	.254	,
13	Item 13	12.565	.242	,
14	Item 14	15.469	.266	,
15	Item 15	10.427	.223	,
16	Item 16	21.939	.314	*
17	Item 17	9.482	.211	,
18	Item 18	6.431	.176	,
19	Item 19	5.799	.167	,
20	Item 20	18.077	.287	,
21	Item 21	19.290	.297	,
22	Item 22	5.070	.157	,
23	Item 23	12.573	.244	,
24	Item 24	8.613	.202	,
25	Item 25	9.329	.210	,
26	Item 26	9.437	.213	,
27	Item 27	7.535	.189	,
28	Item 28	9.438	.212	,
29	Item 29	5.965	.170	,
30	Item 30	14.422	.258	,
31	Item 31	10.881	.232	,
32	Item 32	19.832	.299	,
33	Item 33	24.793	.332	*
34	Item 34	14.401	.260	,
35	Item 42	20.940	.311	,
36	Item 45	20.232	.312	,
37	Item 47	17.095	.283	,
38	Item 48	13.654	.256	,
39	Item 49	1.740	.095	,
40	Capacidad Funcional	35.230	.385	,
41	Capacidad Laboral	11.070	.227	,
42	Síntomas Físicos	9.028	.211	,
43	Distress Psicológico	7.848	.193	,
44	Interacción Social	22.116	.313	*
45	Calidad de Vida Global	29.961	.368	,
46	Toxicidad de la Quimioter...	21.585	.322	*
47	Dolor	24.523	.333	*
48	Alivio del dolor	13.116	.382	,

TABLA XXXVII.-P. S. - E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	5.889	.168	.
2	Item 2	18.680	.291	**
3	Item 3	10.532	.222	**
4	Item 4	.243	.035	.
5	Item 5	16.463	.275	**
6	Item 6	2.193	.103	.
7	Item 7	20.368	.302	**
8	Item 8	13.381	.249	**
9	Item 9	17.884	.285	**
10	Item 10	6.079	.171	.
11	Item 11	26.287	.340	**
12	Item 12	13.743	.252	*
13	Item 13	18.369	.289	**
14	Item 14	10.364	.220	.
15	Item 15	12.847	.246	*
16	Item 16	36.800	.393	**
17	Item 17	20.816	.305	**
18	Item 18	13.831	.253	*
19	Item 19	10.732	.225	.
20	Item 20	1.698	.091	.
21	Item 21	13.343	.251	*
22	Item 22	2.680	.115	.
23	Item 23	11.237	.232	.
24	Item 24	8.742	.204	.
25	Item 25	7.588	.190	.
26	Item 26	4.453	.148	.
27	Item 27	9.548	.212	.
28	Item 28	16.427	.275	*
29	Item 29	13.473	.251	*
30	Item 30	10.505	.222	.
31	Item 31	10.636	.229	.
32	Item 32	10.478	.222	.
33	Item 33	25.269	.335	**
34	Item 34 (Impacto Económi...	13.732	.254	*
35	Item 42	9.804	.218	.
36	Item 45	20.316	.313	**
37	Item 47	5.572	.166	.
38	Item 48	15.374	.270	*
39	Item 49	7.596	.196	*
40	Capacidad Funcional	41.814	.413	**
41	Capacidad Laboral	18.292	.288	**
42	Síntomas Físicos	7.316	.191	.
43	Distress Psicológico	7.958	.194	.
44	Interacción Social	6.341	.174	.
45	Calidad de Vida Global	15.177	.271	.
46	Toxicidad de la Quimioter...	13.052	.256	*
47	Dolor	10.323	.223	.
48	Alivio del dolor	7.191	.292	.

TABLA XXXVIII.- Síntomas - E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	2.138	.102	,
2	Item 2	4.310	.145	*
3	Item 3	.854	.065	,
4	Item 4	2.300E-3	3.000E-3	,
5	Item 5	4.205	.143	*
6	Item 6	9.000E-3	6.000E-3	,
7	Item 7	5.290	.159	*
8	Item 8	5.155	.158	*
9	Item 9	5.701	.166	*
10	Item 10	2.111	.101	,
11	Item 11	16.852	.278	**
12	Item 12	4.549	.148	,
13	Item 13	3.408	.129	,
14	Item 14	4.271	.144	,
15	Item 15	2.387	.109	,
16	Item 16	12.075	.238	**
17	Item 17	4.044	.140	,
18	Item 18	3.676	.134	,
19	Item 19	1.627	.089	,
20	Item 20	1.962	.098	,
21	Item 21	10.344	.222	*
22	Item 22	1.178	.076	,
23	Item 23	1.756	.094	,
24	Item 24	4.655	.150	,
25	Item 25	1.877	.096	,
26	Item 26	1.062	.073	,
27	Item 27	2.745	.116	,
28	Item 28	7.435	.189	,
29	Item 29	.783	.062	,
30	Item 30	5.906	.168	,
31	Item 31	7.875	.198	*
32	Item 32	6.356	.175	,
33	Item 33	13.731	.253	**
34	Item 34 (Impacto Económic...	4.186	.144	,
35	Item 42	19.830	.303	**
36	Item 45	14.743	.270	**
37	Item 47	3.309	.129	,
38	Item 48	11.727	.238	**
39	Item 49	3.310	.131	,
40	Capacidad Funcional	8.883	.205	,
41	Capacidad Laboral	7.097	.184	*
42	Síntomas Físicos	3.938	.141	,
43	Distress Psicológico	7.886	.193	*
44	Interacción Social	10.243	.219	*
45	Calidad de Vida Global	15.542	.274	*
46	Toxicidad de la Quimioter...	14.198	.266	**
47	Dolor	9.774	.217	*
48	Alivio del dolor	3.968	.221	,

TABLA XXXIX.- Metástasis - E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	3.820	.136	.
2	Item 2	1.979	.098	.
3	Item 3	.033	.013	.
4	Item 4	.111	.023	.
5	Item 5	.230	.034	.
6	Item 6	1.325	.080	.
7	Item 7	.098	.022	.
8	Item 8	5.425	.161	*
9	Item 9	4.493	.147	*
10	Item 10	2.908	.119	.
11	Item 11	6.699	.179	.
12	Item 12	1.313	.080	.
13	Item 13	8.510	.201	*
14	Item 14	3.347	.127	.
15	Item 15	2.862	.121	.
16	Item 16	12.402	.241	**
17	Item 17	1.679	.090	.
18	Item 18	2.175	.103	.
19	Item 19	1.266	.079	.
20	Item 20	3.515	.130	.
21	Item 21	5.934	.170	.
22	Item 22	2.751	.116	.
23	Item 23	4.969	.156	.
24	Item 24	4.947	.154	.
25	Item 25	.388	.044	.
26	Item 26	.408	.045	.
27	Item 27	2.871	.118	.
28	Item 28	2.399	.108	.
29	Item 29	.973	.069	.
30	Item 30	6.002	.169	.
31	Item 31	1.552	.089	.
32	Item 32	8.985	.206	*
33	Item 33	20.478	.304	**
34	Item 34 (Impacto Económic...	4.426	.147	.
35	Item 42	8.437	.203	*
36	Item 45	9.510	.219	*
37	Item 47	3.031	.123	.
38	Item 48	10.236	.223	*
39	Item 49	1.255	.081	.
40	Capacidad Funcional	7.780	.192	.
41	Capacidad Laboral	6.677	.178	*
42	Síntomas Físicos	1.850	.097	.
43	Distress Psicológico	1.964	.098	.
44	Interacción Social	6.565	.177	.
45	Calidad de Vida Global	11.955	.242	.
46	Toxicidad de la Quimioter...	7.725	.199	.
47	Dolor	5.347	.162	.
48	Alivio del dolor	6.153	.272	.

TABLA XL

Estadio, Performance Status, Síntomas y Metástasis - Items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variabes	Item 35	Item 36
1	Estadio	.	.
2	I	5.208	5.25
3	II	4.737	5.01
4	IIIa	5.737	5.895
5	IIIb	4.938	5.125
6	IV	4.361	4.714
7	I vs. II	.471	.24
8	I vs. IIIa	-.529	-.645
9	I vs. IIIb	.271	.125
10	I versus IV	.847*	.536
11	II vs. IIIa	-1*	-.884*
12	II vs. IIIb	-.201	-.115
13	II vs. IV	.376	.296
14	IIIa vs. IIIb	.799	.77
15	IIIa vs. IV	1.376*	1.18*
16	IIIb vs. IV	.576	.411
17	Performance status	.	.
18	Cero	4.958	5.19
19	Uno	4.143	4.643
20	Dos	3.625	3.625
21	Cero vs. Uno	.815*	.548
22	Cero vs. Dos	1.333*	1.565*
23	Uno vs. Dos	.518	1.018
24	Síntomas	.	.
25	No	4.951	5.189
26	Sí	4.154	4.423
27	No vs. Sí	.797*	.766*
28	Metástasis	.	.
29	No	4.948	5.162
30	Sí	4.395	4.73
31	No vs. Sí	.553*	.433

TABLA XLI
Estadio, Performance Status, Síntomas y
Metástasis - F.L.I.C.

	Variables	P. Total	F. I	F. II	F. III	F. IV
1	Estadio	.	.	.	.	.
2	I	125.24	62.28	25.16	22.96	12.48
3	II	122.396	64.267	25.149	23.822	12.495
4	IIIa	133.421	60.8	20.35	22.4	13.05
5	IIIb	119.706	57.471	23	23.294	12.235
6	IV	119.205	61.275	23.975	23.225	13.025
7	I vs. II	2.844	-1.987	.011	-.862	-.015
8	I vs. IIIa	-8.181	1.48	4.81*	.56	-.57
9	I vs. IIIb	5.534	4.809	2.16	-.334	.245
10	I versus IV	6.035	1.005	1.185	-.265	-.545
11	II vs. IIIa	-11.025	3.467	4.799*	1.422	-.555
12	II vs. IIIb	2.69	6.797	2.149	.528	.26
13	II vs. IV	3.191	2.992	1.174	.597	-.53
14	IIIa vs. IIIb	13.715	3.329	-2.65	-.894	.815
15	IIIa vs. IV	14.216*	-.475	-3.625	-.825	.025
16	IIIb vs. IV	.501	-3.804	-.975	.069	-.79
17	Performance status	.	.	.	.	.
18	Cero	125.094	62.786	24.591	23.547	12.669
19	Uno	113.786	64.5	22.929	22.429	12.214
20	Dos	86	53.5	19.25	22.125	12.5
21	Cero vs. Uno	11.309	-1.732	1.663	1.118	.454
22	Cero vs. Dos	39.094*	9.286	5.341*	1.422	.169
23	Uno vs. Dos	27.786*	11	3.679	.304	-.286
24	Síntomas	.	.	.	.	.
25	No	124.426	63.102	24.548	23.486	12.644
26	Sí	112.52	58.577	22.346	22.923	12.538
27	No vs. Sí	11.906*	4.525	2.202	.563	.106
28	Metástasis	.	.	.	.	.
29	No	123.832	62.654	24.216	23.364	12.519
30	Sí	118.585	61.667	24.381	23.452	13.071
31	No vs. Sí	5.247	.988	-.165	-.088	-.553

2.2.- Hipótesis 2: Mientras una paciente recibía tratamiento con quimioterapia su calidad de vida sería significativamente peor que cuando no lo recibía.

Los resultados indican que la variable quimioterapia sólo establece diferencias estadísticamente significativas con la escala de Toxicidad de la Quimioterapia del cuestionario de la E.O.R.T.C. (Tabla XLII), por lo que, y en contra de lo que se había pensado, se puede afirmar que para la muestra que se ha estudiado, el tratamiento con quimioterapia no afecta a la calidad de vida de las enfermas más que en lo que se refiere específicamente a su toxicidad.

Tabla XLIII.- quimioterapia actual- items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

Tabla XLIV.- quimioterapia actual- F.L.I.C.

TABLA XLII.- Quimioterapia- E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	.246	.035	,
2	Item 2	.727	.060	,
3	Item 3	3.288	.126	,
4	Item 4	.611	.055	,
5	Item 5	2.415	.109	,
6	Item 6	.150	.027	,
7	Item 7	.666	.057	,
8	Item 8	2.621	.113	,
9	Item 9	3.607	.132	,
10	Item 10	1.554	.087	,
11	Item 11	1.719	.092	,
12	Item 12	2.740	.116	,
13	Item 13	1.384	.082	,
14	Item 14	1.021	.071	,
15	Item 15	2.568	.113	,
16	Item 16	10.798	.226	*
17	Item 17	2.530	.111	,
18	Item 18	1.146	.075	,
19	Item 19	3.394	.129	,
20	Item 20	.410	.045	,
21	Item 21	3.412	.130	,
22	Item 22	1.765	.093	,
23	Item 23	4.569	.150	,
24	Item 24	5.017	.156	,
25	Item 25	2.271	.105	,
26	Item 26	1.621	.090	,
27	Item 27	3.646	.133	,
28	Item 28	4.659	.151	,
29	Item 29	1.540	.087	,
30	Item 30	1.746	.092	,
31	Item 31	.183	.031	,
32	Item 32	1.949	.098	,
33	Item 33	3.863	.138	,
34	Item 34 (Impacto económico)	1.405	.084	,
35	Item 42	15.463	.270	**
36	Item 45	12.573	.251	**
37	Item 47	3.524	.133	,
38	Item 48	3.068	.124	,
39	Item 49	1.342	.084	,
40	Capacidad Funcional	2.227	.104	,
41	Capacidad Laboral	4.371	.145	,
42	Síntomas Físicos	1.204	.079	,
43	Distress Psicológico	.101	.022	,
44	Interacción Social	1.820	.094	,
45	Calidad de Vida Global	5.396	.166	,
46	Toxicidad de la Quimioter...	20.410	.314	**
47	Dolor	.514	.051	,
48	Alivio del dolor	.433	.075	,

Tabla XLIII
Quimioterapia actual- items 35 y 36 del
cuestionario de la E.O.R.T.C.

	Variables	Item 35	Item 36
1	Tratamiento actual	,	,
2	No	4.864	5.112
3	Sí	4.8	5.031
4	No vs. Sí	.064	.081
5	Quimioterapia actual	,	,
6	No	4.837	5.084
7	Sí	4.875	5.083
8	No vs. Sí	-.038	.001

Tabla XLIV
Quimioterapia actual- F.L.I.C.

	Variables	P. Total	F. I	F. II	F. III	F. IV
1	Tratamiento actual	.	.	.	.	.
2	No	123.273	63.418	24.09	23.224	12.664
3	Sí	122.319	60.783	24.609	23.783	12.565
4	No vs. Sí	.954	2.635	-.519	-.559	.099
5	Quimioterapia actual	.	.	.	.	.
6	No	123.023	62.893	24.169	23.343	12.646
7	Sí	122.4	59.88	24.96	23.92	12.52
8	No vs. Sí	.623	3.013	-.791	-.577	.126

2.3.- Hipótesis 3: Cuantos más años hayan transcurrido desde el diagnóstico, la calidad de vida sería significativamente mejor.

La variable años desde el diagnóstico presenta algunas diferencias significativas pero de manera muy aislada (en la categoría "Bastante" de la variable Alivio del dolor) (Tabla XLV), por lo que se rechaza la tercera hipótesis, ya que no se ha podido demostrar que cuantos más años hayan transcurrido desde el diagnóstico, mejor será la calidad de vida de las enfermas.

2.4.- Hipótesis 4: Las pacientes más jóvenes, casadas, con trabajo y aficiones y con un nivel de estudios más elevado mantendrían una calidad de vida significativamente mejor que las solteras o viudas, sin trabajo, ni aficiones y con un nivel de estudios elemental.

La variable edad presenta diferencias significativas en su interacción con las escalas de Capacidad Funcional (ver Tabla XLVI), Capacidad Laboral (ver Tabla XLVII), interacción social y alivio del dolor (ver Tabla XLV) del cuestionario de la

E.O.R.T.C. El resto de las comparaciones practicadas con esta variable no han resultado significativas.

En cuanto al estado civil, sólo resulta significativo para la escala de Toxicidad de la Quimioterapia (Tabla XLVIII) y los items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C. (Tabla IL) El nivel de estudios discrimina únicamente en la escala de Capacidad Funcional (Tabla L) y en los items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C. (Tabla IL), al igual que la variable Trabajo, que resulta significativa con la escala de Capacidad Funcional (Tabla LI) y con el item 35, pero no con el 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C. (Tabla IL). La variable aficiones no resultó ser estadísticamente significativa en ninguno de los contrastes aplicados.

TABLA XLV.- Variables continuas/ Varias Escalas del EORTC.

	Variable	Nada	Un poco	Bastan...	Mucho	Nada vs. Un p...	Nada vs. Bast...	Nada vs. Mu...	Un Poco vs. Bast...	Un Poco vs. M...	Bastante vs. M...
1	EDAD	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	Síntomas Físicos	56.235	55.141	55.182	.	1.094	1.053	.	-.041	.	.
3	Distress Psicológico	56.278	55.508	54.522	.	.77	1.756	.	.986	.	.
4	Interacción Social	56.029	55.727	49.706	61.667	.302	6.324*	-5.637	6.021	-5.939	11.961*
5	Impacto Económico	55.289	57.654	54.154	54.375	-2.364	1.136	.914	3.5	3.279	-.221
6	Toxicidad de la Q. T.	57.282	53.117	57.364	49.000	4.165	-.082	8.282	-4.247	4.117	8.364
7	Dolor	56.321	55.414	54.775	57.500	.907	1.546	-1.179	.639	-2.086	-2.725
8	Alivio del dolor	41.000	52.750	56.933	55.765	-11.75	-15.933*	-14.765	-4.183	-3.015	1.169
9	Nº DE HIJOS	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	Síntomas Físicos	1.798	2.318	2.182	.	-.52*	-.384	.	.136	.	.
11	Distress Psicológico	2.073	2.040	2.043	.	.033	.029	.	.003	.	.
12	Interacción Social	1.941	2.273	2.056	2.833	-.332	-.114	-.892	.217	-.561	-.778
13	Impacto Económico	1.961	2.385	2.286	2.000	-.424	-.325	-.039	.099	.385	.286
14	Toxicidad de la Q. T.	2.214	1.800	1.545	3.000	.414	.668	-.786	.255	-1.2	-1.455
15	Dolor	1.768	1.870	2.875	.500	-.102	-1.1.07*	1.268	-1.005*	1.37	2.375*
16	Alivio del dolor	3.000	2.750	2.033	1.941	.25	.967	1.059	.717	.809	.092
17	Años desde el Dco.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	Síntomas Físicos	6.071	5.024	6.091	.	1.048	-.019	.	-1.067	.	.
19	Distress Psicológico	5.704	5.500	6.522	.	.204	-.818	.	-1.022	.	.
20	Interacción Social	5.669	5.636	5.824	5.500	.033	-.154	.169	-.187	.136	.324
21	Impacto Económico	5.789	5.731	4.231	6.125	.059	1.559	-.336	1.5	-.394	-1.894
22	Toxicidad de la Q. T.	5.262	6.017	6.045	6.000	-.755	-.783	-.738	-.029	.017	.045
23	Dolor	5.946	5.525	5.525	4.000	.421	.421	1.946	.0002	1.525	1.525
24	Alivio del dolor	2.000	4.893	6.967	4.647	-2.893	-4.967	-2.647	-2.074*	.246	2.241*

TABLA XLVI
VARIABLES CONTINUAS- ESCALA CAPACIDAD
FUNCIONAL (E.O.R.T.C.)

	VARIABLES	EDAD	Nº DE HIJOS	AÑOS DESDE EL DIAGNÓSTICO
1	Cero	63	1.5	15
2	Uno	60.429	2.143	4.429
3	Dos	64.091	3.182	5.818
4	Tres	61.759	2.138	5.448
5	Cuatro	58	2.345	5.069
6	Cinco	57.915	1.83	6.723
7	Seis	51	1.929	5.339
8	Siete	45.435	1.783	5.261
9	Cero vs. Uno	2.571	-.643	10.571*
10	Cero vs. Dos	-1.091	-1.682	9.182*
11	Cero vs. Tres	1.241	-.638	9.552*
12	Cero vs. Cuatro	5	-.845	9.931*
13	Cero vs. Cinco	5.085	-.33	8.277*
14	Cero vs. Seis	12	-.429	9.661*
15	Cero vs. Siete	17.565	-.283	9.739*
16	Uno vs. Dos	-3.662	-1.039	-1.39
17	Uno vs. Tres	-1.33	.004	-1.02
18	Uno vs. Cuatro	2.429	-.202	-.64
19	Uno vs. Cinco	2.514	.313	-2.295
20	Uno vs. Seis	9.429*	.214	-.911
21	Uno vs. Siete	14.994*	.36	-.832
22	Dos vs. Tres	2.332	1.044	.37
23	Dos vs. Cuatro	6.091	.837	.749
24	Dos vs. Cinco	6.176	1.352*	-.905
25	Dos vs. Seis	13.091*	1.253*	.479\
26	Dos vs. Siete	18.656*	1.399*	.557
27	Tres vs. Cuatro	3.759	-.207	.379
28	Tres vs. Cinco	3.884	.308	-1.275
29	Tres vs. Seis	10.759*	.209	.109
30	Tres vs. Siete	16.324*	.355	.187
31	Cuatro vs. Cinco	.085	.515	-1.654
32	Cuatro vs. Seis	7*	.416	-.27
33	Cuatro vs. Siete	12.565*	.562	-.192
34	Cinco vs. Seis	6.915*	-.099	1.384
35	Cinco vs. Siete	12.48*	.047	1.463
36	Seis vs. Siete	5.565*	.146	.078

TABLA XLVII
VARIABLES CONTINUAS-ESCALA CAPACIDAD
LABORAL (E.O.R.T.C.)

	Funcionamiento de rol	Edad	Nº de hijos	Años desde el diagnóstico
1	Cero	58.31	2.237	5.276
2	Uno	55.512	2.186	5.419
3	Dos	54.098	1.882	6
4	Cero vs. Uno	2.799	.051	-.143
5	Cero vs. Dos	4.212*	.355	-.724
6	Uno vs. Dos	1.414	.304	-.581

TABLA XLVIII.- Estado Civil- E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	5.493	.162	.
2	Item 2	4.592	.149	.
3	Item 3	6.687	.178	*
4	Item 4	5.264	.159	.
5	Item 5	2.110	.102	.
6	Item 6	.702	.059	.
7	Item 7	.266	.036	.
8	Item 8	.329	.040	.
9	Item 9	.987	.070	.
10	Item 10	3.861	.136	.
11	Item 11	8.651	.203	.
12	Item 12	2.998	.121	.
13	Item 13	4.927	.154	.
14	Item 14	4.271	.143	.
15	Item 15	6.892	.183	.
16	Item 16	4.543	.148	.
17	Item 17	9.658	.213	.
18	Item 18	4.267	.143	.
19	Item 19	2.167	.103	.
20	Item 20	1.036	.071	.
21	Item 21	3.556	.132	.
22	Item 22	3.405	.129	.
23	Item 23	13.297	.250	*
24	Item 24	2.526	.111	.
25	Item 25	5.582	.164	.
26	Item 26	4.248	.145	.
27	Item 27	7.980	.194	.
28	Item 28	2.315	.106	.
29	Item 29	3.600	.133	.
30	Item 30	4.287	.143	.
31	Item 31	13.749	.258	*
32	Item 32	7.631	.190	.
33	Item 33	7.558	.190	.
34	Item 34 (Impacto económico)	9.151	.209	.
35	Item 42	3.429	.131	.
36	Item 45	15.657	.277	*
37	Item 47	3.380	.130	.
38	Item 48	4.256	.146	.
39	Item 49	.628	.057	.
40	Capacidad Funcional	12.990	.245	.
41	Capacidad Laboral	2.538	.111	.
42	Síntomas Físicos	2.406	.110	.
43	Distress Psicológico	6.330	.173	.
44	Interacción Social	11.484	.231	.
45	Calidad de Vida Global	9.236	.214	.
46	Toxicidad de la Quimioter...	21.086	.318	**
47	Dolor	5.838	.169	.
48	Alivio del dolor	3.076	.196	.

TABLA II
Estado Civil- Items 35 y 36 del E.O.R.T.C.

	Variables	Item 35	Item 36
1	Estado civil	.	.
2	Soltera	5.379	5.517
3	Casada	4.71	4.931
4	Viuda	5	5.588
5	Soltera vs. Casada	.669*	.586*
6	Soltera vs. Viuda	.379	-.071
7	Sin estudios vs. Elementales	-.29	-.657
8	Nivel de estudios	.	.
9	Sin estudios	4.61	4.833
10	Elementales	4.81	5.086
11	Medios	5.391	5.591
12	Medios vs. Superiores	6.333	6.333
13	Sin estudios vs. Elementales	-.199	-.252
14	Sin estudios vs. Medios	-.781*	-.758*
15	Sin estudios vs. Superiores	-1.723*	-1.5
16	Elementales vs. Medios	-.582	-.505
17	Elementales vs. Superiores	-1.524	-1.248
18	Medios vs. Superiores	-.942	-.742
19	Trabajo	.	.
20	No	4.672	4.962
21	Sí	5.22	5.362
22	No vs. Sí	-.549*	-.4
23	Aficiones	.	.
24	No	4.93	5.207
25	Sí	4.805	5.03
26	No vs. Sí	.125	.177

TABLA L.- Nivel de estudios- E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	11.845	.235	**
2	Item 2	28.306	.351	**
3	Item 3	3.773	.135	.
4	Item 4	5.134	.158	.
5	Item 5	3.877	.138	.
6	Item 6	22.790	.318	**
7	Item 7	4.355	.145	.
8	Item 8	5.352	.161	.
9	Item 9	7.863	.194	*
10	Item 10	6.222	.172	.
11	Item 11	9.615	.214	.
12	Item 12	19.835	.299	*
13	Item 13	7.134	.185	.
14	Item 14	8.688	.203	.
15	Item 15	14.086	.257	.
16	Item 16	6.037	.171	.
17	Item 17	4.724	.151	.
18	Item 18	1.454	.085	.
19	Item 19	2.431	.109	.
20	Item 20	5.136	.157	.
21	Item 21	13.024	.248	.
22	Item 22	5.756	.167	.
23	Item 23	11.917	.238	.
24	Item 24	8.391	.200	.
25	Item 25	4.180	.142	.
26	Item 26	6.143	.173	.
27	Item 27	8.774	.204	.
28	Item 28	7.620	.191	.
29	Item 29	12.461	.242	.
30	Item 30	11.271	.229	.
31	Item 31	9.238	.214	.
32	Item 32	12.605	.242	.
33	Item 33	11.517	.233	.
34	Item 34 (Impacto Económic...	8.665	.204	.
35	Item 42	3.630	.135	.
36	Item 45	8.260	.206	.
37	Item 47	3.690	.136	.
38	Item 48	3.324	.129	.
39	Item 49	2.250	.108	.
40	Capacidad Funcional	45.146	.427	**
41	Capacidad Laboral	8.710	.203	.
42	Síntomas Físicos	7.001	.187	.
43	Distress Psicológico	3.499	.130	.
44	Interacción Social	14.594	.259	.
45	Calidad de Vida Global	15.964	.278	.
46	Toxicidad de la Quimioter...	7.226	.193	.
47	Dolor	6.047	.173	.
48	Alivio del dolor	6.153	.272	.

TABLA LI.- Trabajo- E.O.R.T.C.

	EORTC.	Chi cuadrado	C. contingencia	Significación
1	Item 1	.304	.039	.
2	Item 2	5.113	.157	*
3	Item 3	.920	.067	.
4	Item 4	6.687E-3	5.768E-3	.
5	Item 5	1.224	.078	.
6	Item 6	17.172	.279	**
7	Item 7	4.106E-3	4.497E-3	.
8	Item 8	.589	.054	.
9	Item 9	.738	.060	.
10	Item 10	2.091	.101	.
11	Item 11	2.382	.108	.
12	Item 12	1.069	.073	.
13	Item 13	3.101	.123	.
14	Item 14	3.375	.128	.
15	Item 15	4.078	.142	.
16	Item 16	1.970	.099	.
17	Item 17	3.018	.121	.
18	Item 18	1.066	.072	.
19	Item 19	4.133	.141	.
20	Item 20	.971	.069	.
21	Item 21	.558	.053	.
22	Item 22	4.304	.145	.
23	Item 23	7.931	.196	*
24	Item 24	.093	.022	.
25	Item 25	8.324	.199	*
26	Item 26	4.919	.156	.
27	Item 27	3.403	.128	.
28	Item 28	2.438	.109	.
29	Item 29	2.890	.119	.
30	Item 30	2.751	.116	.
31	Item 31	9.769	.220	*
32	Item 32	4.053	.140	.
33	Item 33	1.647	.090	.
34	Item 34 (Impacto Económic...	3.658	.134	.
35	Item 42	3.245	.128	.
36	Item 45	3.035	.126	.
37	Item 47	.411	.046	.
38	Item 48	3.402	.131	.
39	Item 49	.104	.023	.
40	Capacidad Funcional	16.463	.274	*
41	Capacidad Laboral	3.000	.121	.
42	Síntomas Físicos	3.278	.129	.
43	Distress Psicológico	.248	.035	.
44	Interacción Social	1.565	.087	.
45	Calidad de Vida Global	1.700	.094	.
46	Toxicidad de la Quimioter...	2.247	.109	.
47	Dolor	2.032	.101	.
48	Alivio del dolor	6.983	.288	.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Se han realizado múltiples pruebas estadísticas tratando de precisar la relación entre las distintas escalas del cuestionario de la E.O.R.T.C. y del F.L.I.C. con algunos de los parámetros clínicos y sociológicos que en un momento inicial del estudio se pensó que podrían resultar significativos. A continuación se comentan los datos que, a mi juicio, son más relevantes.

En el apartado correspondiente se formularon cuatro hipótesis. De ellas ha recibido un apoyo empírico aceptable la primera y principal, ya que relaciona cuatro variables clínicas (Estadio, Performance Status, Síntomas y Metástasis) con la Calidad de Vida; se han rechazado otras dos (la relación entre el Tratamiento con Quimioterapia y los años transcurridos desde el diagnóstico con la Calidad de Vida) y la cuarta, ofrece un perfil sociofamiliar diferente, en parte, del previsto.

De las cuatro variables estudiadas en la primera hipótesis, la presencia de síntomas clínicos parece estar más estrechamente relacionada con la calidad de vida que informan las pacientes, que cualquiera de las otras dos. Atendiendo a la naturaleza de las variables en estudio, hay que tener en cuenta que, mientras que

la clasificación por estadios se basa en la objetividad del tamaño y el estadio del tumor. El Performance status es valorado por el médico mientras que la clínica lo es por las enfermas. De igual manera, la calidad de vida se ha evaluado a través de dos pruebas de autoinforme (evidentemente de las enfermas), es decir, se está evaluando Calidad de Vida autopercebida. Incluso, y dado el alto grado de deseabilidad social a que están sujetos los cuestionarios de autoinforme (ninguno de los dos cuestionarios incluye escala para el control de este efecto) puede afirmarse que no se está midiendo la Calidad de Vida como un hecho objetivo, sino la Calidad de Vida que las enfermas declaran mantener en un momento determinado del curso de su enfermedad.

En este sentido se podría especular sobre qué es más "Real" si la Calidad de Vida "Objetiva" o la Calidad de Vida autopercebida, con independencia de cuál sea su base "Real" (140). Y aquellos que decidan como más "Real" la Calidad de Vida "Objetiva", aún tendrán que decidir quién está en condiciones de valorar la pretendida objetividad.

Los resultados del presente estudio, atendiendo a esta primera hipótesis, apuntan en el sentido de que las valoraciones de las propias enfermas (la presencia



o no de la clínica la decide el médico atendiendo a las quejas de las propias pacientes) están más próximas a la Calidad de Vida que ellas mismas declaran tener, que la valoración que el médico hace de la capacidad funcional (Performance Status) y ésta está más estrechamente vinculada con la citada Calidad de Vida, que la objetividad con que se establece al clasificar las enfermas por Estadios de evolución de la enfermedad.

Este resultado es concordante y apoya los informes de otros autores (130) en el sentido de que probablemente haya diferencias entre la valoración subjetiva de la Calidad de Vida y los cambios observados en el estado de salud físico.

La cuarta variable de esta primera hipótesis (Metástasis) se incluyó con el fin de comparar el estadio IV con el resto, tomados globalmente. Se supuso que la calidad de vida se deterioraba progresivamente con el avance de la enfermedad. Tal progresividad no ha recibido el apoyo empírico esperado. La explicación puede estar en el hecho de que la evolución objetiva de la enfermedad no tiene por qué afectar de manera inmediata a la Calidad de Vida percibida por las propias enfermas (130). Así, no deja de ser sorprendente la capacidad de adaptación que las personas muestran en situaciones límites,

como pueda serlo el tema que me ocupa. Cualquier clínico ha tenido la oportunidad de observar la satisfacción con la que una paciente le informa de los más imperceptibles progresos, cuando esas mismas condiciones de vida sumirían una persona "sana" en la más profunda depresión.

La segunda hipótesis que presumía peor calidad de vida en las pacientes que están recibiendo tratamiento quimioterápico, no ha recibido apoyo estadístico en ninguna escala de los cuestionarios, salvo en la que mide específicamente la toxicidad del citado tratamiento. Desde mi punto de vista esto puede tener varias explicaciones. En primer lugar, el porcentaje de pacientes de la muestra que están recibiendo quimioterapia es bastante pequeño comparado con el total de la misma. En segundo lugar, para poder concluir que la quimioterapia afecta negativamente a la Calidad de Vida, habría que haber valorado ésta antes, durante y después del tratamiento; tal y como aconsejan algunos autores (110, 133), planteamiento ajeno a las pretensiones de este trabajo. En tercer lugar, es sabido que la toxicidad de las distintas combinaciones de fármacos es variable y, por tanto, es dudoso que se pueda hablar de los efectos negativos de la quimioterapia en general sobre la calidad de vida. Dilucidar estos efectos de los diversos tratamientos con quimioterapia tampoco era la

finalidad de este trabajo. Por último hay que tener en cuenta que la mayoría de pacientes de la muestra que estaban recibiendo tratamiento quimioterápico, era con fines paliativos, por lo que la mejoría clínica obtenida con dicho tratamiento podría influir positivamente en la calidad de vida autoevaluada.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos concuerdan con los de otros autores (107) cuando afirman que las pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia se diferencian del resto en las puntuaciones que otorgan a los ítems que se relacionan con la toxicidad del tratamiento. En realidad y a la espera de nuevos estudios diseñados específicamente para ello, no deja de ser esperanzador el hecho de que las pacientes, mientras están recibiendo quimioterapia, no autovaloran su Calidad de Vida en general de manera diferente de cómo lo hacen las sometidas a otros tratamientos menos tóxicos; incluso igual que las que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento. Por ello me parece particularmente importante, de acuerdo con H. J. Sutherland y cols. (28), la inclusión en los ensayos de tratamientos paliativos de pruebas que valoren aspectos de la Calidad de Vida que son importantes para las pacientes.

La tercera hipótesis afirmaba que la calidad de vida mejoraría en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Parece lógico pensar que cuanto más tiempo haya transcurrido desde que se diagnosticó el cáncer de mama, más tiempo ha tenido la enferma para adaptarse a su enfermedad. Se consideró, además, que esta variable sería un indicador de evolución favorable del cáncer. Pues bien, no se ha podido verificar ninguna relación significativa entre la variable años transcurridos desde el diagnóstico y la Calidad de Vida, tal y como se ha evaluado en la presente investigación. En el apartado "Sujetos", se indicó que uno de los criterios para incluir a una paciente en la muestra era que el Performance Status se hubiera valorado en cero, uno o dos, según la escala de la W.H.O. De esta manera se han excluido de la muestra las enfermas más deterioradas y los cánceres de peor evolución, lo cual implica un sesgo en la muestra que sin afectar a otras variables sí incide en ésta, al excluirse de los grupos de más reciente diagnóstico los peores pronósticos por razones obvias y los peores Performance Status. De esta manera las que más han sobrevivido después del diagnóstico del cáncer tienen, supuestamente, una buena calidad de vida y de las de un diagnóstico más reciente, no se han incluido en la muestra aquellas cuya Calidad de vida podría haberse visto más afectada.

Una explicación ulterior de este resultado es que, tal vez la Calidad de vida se vea más afectada en los meses que siguen al diagnóstico, a la cirugía (29, 30 y 31) y durante los tratamientos más tóxicos (aspecto ya comentado). El porcentaje de pacientes con diagnóstico reciente (inferior a 3 meses) incluidos en la muestra es mínimo (0.985%).

Con todo y teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a nuestros resultados, se puede afirmar que éstos apuntan en el sentido de que el periodo de adaptación de la enferma a su situación es mayoritariamente breve.

La cuarta hipótesis definía un perfil sociofamiliar de la enferma con cáncer que hipotéticamente se asociaría con una mejor calidad de vida. Tal y como se había predicho la calidad de vida tiende a ser mejor para las más jóvenes que para las mayores al menos en algunas de las variables de la Calidad de Vida evaluadas. Las más jóvenes mantienen una mejor Capacidad Funcional y Laboral, se ven menos afectadas por la enfermedad en su interacción social y más aliviadas por la medicación. Al menos esto es lo que parece deducirse de sus propios informes.

En cuanto al estado civil, se pensó que las casadas informarían de mejor calidad de vida que las solteras y viudas. No fue así. En la casi totalidad de los contrastes practicados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Incluso y curiosamente las solteras muestran puntuaciones más altas en los items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C. que interrogan sobre la calidad de vida y el estado físico en general. También llama la atención que las casadas presentan menos toxicidad autovalorada con el tratamiento quimioterápico que los otros dos grupos de comparación. Tal vez el mayor apoyo familiar de aquellas influya a través del componente psicológico de las náuseas y los vómitos.

Asimismo se pensó que las enfermas con un nivel de estudios superior disfrutarían de mejor Calidad de Vida que las que habían hecho estudios elementales. Tampoco se puede mantener esta información más que en aspectos aislados de la Calidad de Vida. Por ejemplo, mantienen un mejor funcionamiento personal y puntúan más alto en los citados items 35 y 36 del cuestionario de la E.O.R.T.C.

También se predijo que las enfermas con trabajo y con aficiones se adaptarían mejor a la enfermedad y por tanto su Calidad de Vida sería mejor que las de las condiciones alternativas. Sólo se ha podido verificar

que las mujeres que tienen un trabajo fuera de casa mantienen un mejor funcionamiento personal que las que no lo tienen. Asimismo, puntúan más alto en el ítem 35 del cuestionario de la E.O.R.T.C., resultado que nos parece excesivamente aislado como para buscarle algún tipo de significación. La variable aficiones no discriminó en ninguna de las variables de la Calidad de Vida evaluadas.

En síntesis, parece que se puede afirmar que efectivamente las más jóvenes, con un superior nivel de estudios y con trabajo fuera de casa mantienen una capacidad de funcionamiento personal mejor que otras combinaciones de estas variables.

Los resultados obtenidos en lo que se refiere a esta hipótesis hacen pensar que probablemente se pueda llegar a definir un perfil sociofamiliar que potencie una mejor adaptación a la enfermedad y consecuentemente una mejor calidad de vida, pero probablemente no venga definido por variables groseras como las aquí investigadas, sino por aspectos de más pequeño detalle. Por ejemplo, tener o no trabajo fuera de casa, tal vez no discrimine tanto, como qué tipo de trabajo se desempeña, cuál es el grado de satisfacción con éste y otras cuestiones parecidas. Investigar este tipo de variables puede tener relevancia a la hora de diseñar programas de

apoyo que tengan por finalidad mejorar la calidad de vida de los enfermos oncológicos.

Además del trabajo de verificación de las hipótesis experimentales, los análisis realizados han generado otros resultados que merecen que se les dedique un comentario aparte.

Por ejemplo, hay que destacar que la capacidad de las pacientes para contestar las cuestiones del F.L.I.C. ha sido superior al 95% (99,98%), y el valor medio de Calidad de Vida global de las pacientes de la muestra evaluada por este cuestionario ha sido de 122,77 con una desviación típica de 23,22, lo que es una puntuación bastante satisfactoria teniendo en cuenta que se trata de una escala que va desde un mínimo de 22 a un máximo de 154 puntos.

Al aplicar el Anova entre las variables clínicas y sociológicas recogidas en la muestra, se ha encontrado significativa la relación entre el tratamiento quimioterápico con la edad y muy significativo con los años transcurridos desde el diagnóstico, con una diferencia de medias de más de 3 años; ésto parece indicar que, por la historia natural del cáncer de mama, suele ser una enfermedad más agresiva en las pacientes más jóvenes. Además es en ellas donde suele aplicarse el tratamiento quimioterápico.

Comparando los estadios con la edad, hay diferencia significativa entre la media de edad (63 años) del estadio IIIB versus el resto de los estadios, en los que la media de edad es menor. Este dato puede explicarse, al menos en parte, porque las pacientes de determinada edad suelen tener más miedo y pudor a la hora de consultar ante la sospecha de cáncer de mama y tardan más en acudir a la consulta desde el síntoma inicial, de manera que cuando se hace el diagnóstico la enfermedad está en un estadio más avanzado.

Otras diferencias que han resultado ser estadísticamente significativas hacen referencia a las variables sociológicas estudiadas. Así, resulta que las enfermas con un nivel de estudios superior y con trabajo fuera de casa son más jóvenes que las que no tienen estudios ni trabajo fuera de casa. Estas últimas tienen, además, mayor número de hijos que las que trabajan fuera de casa. Este dato, seguramente, sea simple reflejo de la evolución sociocultural de la población femenina en nuestro país.

En mi trabajo he pretendido reflejar sintéticamente los avances realizados en los últimos años en lo referente a la Calidad de Vida de las

enfermas diagnosticadas de cancer de mama. Sin dejar de reconocer la importancia de éstos, lo cierto es que la Oncología no ha hecho sino abrir una nueva perspectiva en el tratamiento de esta enfermedad. Valorar y tener en cuenta la Calidad de Vida de las enfermas es sólo el primer paso. En el futuro la Medicina en general, y la Oncología en particular, tendrán que ocuparse de implementar modos y procedimientos que contribuyan a mejorar la Calidad de Vida de los pacientes. Una línea que se ha revelado prometedora en otras ramas de la Medicina (141) consiste en ayudar a los enfermos y a sus familiares a convivir de manera eficaz y no restrictiva con su enfermedad, o con algunos de los aspectos inevitables de ella, para preservar la Calidad de vida anterior a la enfermedad.

RESUMEN

Durante los últimos años se está concediendo una importancia progresiva al estudio de la Calidad de Vida en los pacientes con cáncer.

Entre los distintos tipos de cáncer, el de mama, es el más frecuente en la población femenina.

En este trabajo se ha estudiado la Calidad de Vida de las pacientes diagnosticadas de Cáncer de mama en las consultas de Oncología Médica del "Hospital Universitario Virgen Macarena" de Sevilla, con el fin de ver la influencia de los distintos estadios de la enfermedad y de los tratamientos empleados sobre la Calidad de Vida de las pacientes.

Para ello, desde Enero del 90 hasta Junio del 91, se han pasado las pruebas oportunas a 203 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en dicho Hospital. Para evaluar la Calidad de Vida se han empleado dos cuestionarios específicos para pacientes con cáncer (el cuestionario de la E.O.R.T.C. y el F.L.I.C.) junto con una valoración por el médico (Escala de Performance Status de la ECOG/WHO).

Las pacientes incluidas en la muestra tenían una edad media de 55,6 años, la mayoría estaban casadas (75%), tenían hijos (con una media de 2), y habían lactado a sus hijos.

Tenían un nivel de estudios elemental (56%) y eran amas de casa (69,5%).

La mayoría (89,16%) tenían un Performance Status de cero. 50% pertenecían al estadio II, y un 20% de ellas al estadio IV. Entre las metástasis más frecuentes estaban las óseas, pulmonares y dérmicas.

La mayor parte de ellas (66%) no estaban recibiendo tratamiento oncológico específico durante el tiempo del estudio, frente a un 33% que si estaban en tratamiento. 25 pacientes del total de la muestra (12,31%) estaban en tratamiento quimioterápico con distintas combinaciones de fármacos, una de ellas adyuvante y las demás con fines paliativos.

A todas se les entregaron ambos cuestionarios (el de la E.O.R.T.C. y el FLIC) en una primera visita y a algo menos del 50% de ellas se les paso nuevamente el FLIC con un intervalo de seis meses.

Se presentan los datos de validez y fiabilidad para la versión española del FLIC que se ha utilizado en este trabajo.

La capacidad de las pacientes para contestar el cuestionario FLIC ha sido del 99,98%. El valor medio de Calidad de Vida global de las pacientes evaluada por este

cuestionario ha sido de 122,77 (la escala va desde un mínimo de 22 a un máximo de 154 puntos).

Dentro de los distintos parámetros que se han evaluado para ver la influencia en la Calidad de Vida, se ha visto que en cuanto a la autovaloración por las pacientes, la presencia de síntomas es el que más influye.

La presencia de tratamiento quimioterápico, no ha afectado los índices de Calidad de Vida global, ni a otras escalas distintas de las que miden la propia toxicidad de la quimioterapia.

No se ha podido confirmar en este estudio que las pacientes que llevaran más años diagnosticadas de cáncer de mama, tuvieran mejor Calidad de Vida que las de diagnóstico más reciente.

Las pacientes más jóvenes, con un nivel superior de estudios y trabajo fuera de casa mantienen una capacidad funcional mejor que las pacientes de más edad, sin estudios y amas de casa.

CONCLUSIONES

En las páginas precedentes he abordado el tema de la Calidad de Vida en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Hace algunos años, cuando la Oncología apenas se atrevía a hablar de vida en este tipo de pacientes hubiera sido una osadía, por mi parte, hablar de "Calidad de Vida". Es cierto que aún hay muchos tipos de cáncer que tienen mal pronóstico. La vida, en definitiva, tiene mal pronóstico. No obstante hay que felicitar a esta rama de la Medicina, tan ingrata a veces, por los avances conseguidos en este terreno, gracias a los cuales hoy resulta posible hablar de "Calidad de Vida" en pacientes oncológicos. Aún más, como puede comprobarse por la bibliografía utilizada, me es grato afirmar que mi trabajo es sólo una contribución más que puede añadirse a las ya existentes (citar) sobre el tema. En este sentido, espero que mi modesta aportación contribuya a esclarecer alguna de las interrogantes que se plantean en la actualidad en este campo tan específico.

Las conclusiones del presente trabajo son:

1.- He utilizado dos de los mejores instrumentos de que se dispone actualmente para evaluar la Calidad de Vida. A pesar de ello presentan una serie

de deficiencias psicométricas que obligan a ser prudente en las conclusiones.

2.- El haber tenido que traducir y ofrecer datos sobre la fiabilidad y validez para la población española de uno de los cuestionarios (F.L.I.C.) ha supuesto una dificultad adicional.

3.- Los resultados ofrecidos y comentados en la Metodología de este estudio, si bien no se pueden considerar definitivos, si resultan, cuando menos, esperanzadores.

4.- Es de desear que en el futuro se trabaje en el perfeccionamiento de estos cuestionarios con el fin de medir la Calidad de Vida con mayor rigor y perfección.

5.- La Calidad de Vida autovalorada por las pacientes se relaciona más con la percepción que ellas mismas tienen de la enfermedad que con la que cabría esperar en relación al estadio, clínica o Performance Status.

6.- El criterio médico y el de la propia paciente a la hora de valorar la Calidad de Vida es a menudo discordante y favorable desde el punto de vista de la

enferma; posiblemente por una buena adaptación a la enfermedad y sus limitaciones.

7.- Los efectos tóxicos del tratamiento quimioterápico, no parecen afectar significativamente la calidad de vida global autoevaluada por las pacientes, que sólo puntúan más alto en las cuestiones relacionadas específicamente con la toxicidad.

8.- La importancia de la toxicidad de los tratamientos hace aconsejable nuevas investigaciones que aborden específicamente la interrelación Calidad de Vida/tratamiento quimioterápico.

9.- Desde un punto de vista sociológico, las pacientes más jóvenes, con un nivel de estudios superior y que desempeñan trabajos fuera del hogar, presentan una mejor capacidad funcional a la hora de adaptarse a la enfermedad, lo que probablemente no sea más que un reflejo de su situación social ventajosa.

BIBLIOGRAFIA

1. Harris JR, Hellman S, Canellos GP, Fisher B. Cáncer de mama. In De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cáncer. Principios y práctica de oncología. Salvat Editores: Barcelona 1988; 1041-1095.
2. Pérez G. Cáncer de mama. En MCR, S.A, ed. Barcelona, 1989.
3. Duque A, Codes M. Epidemiología y factores etiológicos. En: Facultad de Medicina de 1a Universidad de Málaga ed. Cáncer de mama. Patología básica, diagnóstico y tratamiento. Málaga: Matilla A, Galera H, 1981; 1-14.
4. Rohan TE, Mc Michel AJ. Alcohol consumption and risk of breast cancer. Int J Cancer 1988; 41: 695-699.
5. Haskell CM, Lowitz BB, Cassciato DA. Cáncer de mama. In Cassciato DA, Lowitzz BB, eds. Manual de Oncología clínica. Salvat Editores: Barcelona . 1990; 181-198.
6. Hermanek P, Sobin LH. Breast tumours. In Hermanek P, Sobin LH eds. TNM Classification of malignant tumours. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. New York 1987; 93-99.

7. Oken MM . Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncolog Group. Am J Clin Oncol 1982; 5: 649.
8. Karnofsky DA, Buchernal JH. The Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In MacLeod CM ed. Evaluation of chemotherapeutic agents, Columbia U. Press, New York. 1949; 191-205.
9. Monfardini S, ed. Manual of Adult and Paediatric oncology. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg, 1987.
10. Sartorius N. Cross-cultural comparisons of data about quality of life: a sample of issues. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 19-24.
11. Calman KC. Definitions and dimensions of quality of life. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 1-9.
12. Gracia D. Etica de la calidad de vida. Fundación Santa María: Madrid 1984.

13. WHO. The constitution of the World Health Organization. WHO Chronicle. 1947; 29.
14. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson DJ. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapy. Am J Cardiol 1984; 54: 908-913.
15. Aaronson NK. Quality of life research in cancer trials: A need for common rules and language. Oncology 1990; 4: 59-66.
16. De Haes JCJM, van Knipenberg FCE. Quality of life of cancer patients: Review of the literature. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 167-182.
17. Zittoun R. Finalités de l'étude de la qualité de vie en cancérologie. Bull Cancer 1986; 73: 601-606.
18. Smart ChR, Yates JW. Quality of life. Cancer 1987; 60: 620-622.
19. Presant CA. Quality of life in cancer patients: Who measures what? Am J Clin Oncol 1984; 7: 571-573.

20. Aaronson NK, Calais da Silva F. Measurement of Quality of life in cancer research. Curso Internacional de Metodología de los Ensayos Clínicos en Oncología. Alicante, Mayo 1990; 1-9.
21. Twycross RG: Relief of pain. In Saunders C, ed. The management of terminal malignant disease (2nd ed.) .Edward Arnold : 1984; 644-90.
22. Vanier T. Le contrôle de la douleur. Bull Cancer 1986; 73: 685-689.
23. Portenoy RK. Pain and quality of life: Clinical issues and implications for research. Oncology 1990; 4: 172-178.
24. Galán JM, Rodríguez A. El Dolor en el enfermo terminal. En PROSACS, eds. El más difícil vivir. Elementos para la asistencia al enfermo en situación terminal. Sevilla,1990; 67-76.
25. Ventafrida V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. Quality-of-life assessment during a paliative care programme. Annals of Oncology 1990; 1: 415-420.

26. Tchekmedyian NS, Hickman M, Siau J, Greco A, Aisner J. Treatment of cancer anorexia with megestrol acetate: Impact on quality of life. *Oncology* 1990; 4: 185-192.
27. Bell DR, Tannock IF, Boyd NF. Quality of life measurement in breast cancer patients. *Br J Cancer* 1985; 51: 577-580.
28. Sutherland HJ, Lockwood GA, Boyd NF. Ratings of the importance of quality of life variables: Therapeutic implications for patients with metastatic breast cancer. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 661-666.
29. De Haes JCJM, Weelvaart K. Quality of life after breast cancer surgery. *J Surg Oncol* 1985; 28: 123-125.
30. De Haes JC, van Ostrom MA, Welvaart K: The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *J Surg Oncol* 1986; 12: 337-342.
31. Aaronson NK, Bartelink H, van Dongen JA, van Dam FS. Evaluation of breast conserving therapy: clinical, methodological and psychosocial perspectives. *Eur J Surg Oncol.* 1988 ;14:133-40.

32. Kemeny MM, Wellisch DK, Schain WS. Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer*. 1988; 62: 1231-7.
33. Morris T, Greer HS, White P. Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer* 1977; 40: 2381-2387.
34. Olschewski , M Verres R, Scheurlen H, Rauschecker H. Evaluation of psychosocial aspects in a breast preservation trial. *Recent Results Cancer Res*. 1988;111: 258-69.
35. Murillo E, Duque A. Poliquimioterapia (CAF I) en el cáncer de mama avanzado. *Med Clín* 1977; 68: 335-342.
36. Cooley ME, Cobb SC. Sexual and reproductive issues for women with Hodgkin's disease: I. *Cancer Nurs* 1986; 9: 188-193.
37. Morrow GR, Dobkin PL. Biobehavioral aspects of cancer treatment side effects. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer*. 6º Symposium internacional del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. 1988; 33-60.

38. Dobkin PL, Morrow GR. Prevention of chemotherapy induced nausea and vomiting. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer*. 6^º Symposium internacional del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid 1988; 197-210.

39. Mattes RD, Arnold C, Boraas M. Learned food aversions among cancer chemotherapy patients. Incidence, nature, and clinical implications. *Cancer*. 1987 ; 60: 2576-2580.

40. Bennett JM, Muss HB, Doroshow JH et al. A randomized multicenter trial comparing mitoxantrone, cyclophosphamide, and fluorouracil with doxorubicin, cyclophosphamide, and fluorouracil in the therapy of metastatic breast carcinoma. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1611-1620.

41. Henderson IC, Allegra JC, Woodcock T et al. Randomized clinical trial comparing mitoxantrone with doxorubicin in previously treated patients with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol*. 1989;7: 560-571.

42. Heidemann E., Steinke B, Hartlapp J et al. Randomized clinical trial comparing mitoxantrone with epirubicin and with doxorubicin, each combined with cyclophosphamide in the first-line treatment of patients with metastatic breast cancer. *Onkologie*. 1990 ; 13:24-27.
43. Goldhirsch A, Gelber RD. Simes RJ. Glasziou P. Coates AS. Costs and benefits of adjuvant therapy in breast cancer: a quality-adjusted survival analysis. *J Clin Oncol*. 1989; 7: 36-44.
44. Garber JE, Henderson IC. The use of chemotherapy in metastatic breast cancer. *Hematol Oncol Clin* 1989 ; 3: 807-21.
45. Liberati A, Colombo F, Franceschi S et al. Quality of life breast-cancer care in Italian general hospitals. *Lancet* 1982; 2: 258-260.
46. Tannock IF. Treating the patient, not just the cancer. *New Engl J Med* 1987; 317: 1534-1535.

47. Bindemann S. Psychological impact of cancer: its assessment, treatment, and ensuring effects on quality of life. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 227-238.
48. Craig TJ, Abeloff MD. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am J Psychiatry* 1974; 141: 1323-1327.
49. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
50. Maguire P. Hacia una intervención psicológica más efectiva en los pacientes con cáncer. *Cancer Care* 1989;2:12-15.
51. Maguire P. The psychological impact of cancer. *Br J of Hospital Medicine* 1985; 100-103.
52. Bailon MJ, Lobo A, Tres A, Larrad L, Playan J. Chemotherapy cycles and P.S.E. disorders in breast cancer patients'. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer. 6º Symposium internacional del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1988; 119-128.*

53. Ibañez E. Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer. *Bol Psicol* 1984; 4: 99-117.
54. Bayes R. *Psicología oncológica*. Ed. Martínez Roca: Barcelona, 1985.
55. Greer S. Can psychological therapy improve the quality of life of patients with cancer? *Br J Cancer* 1989; 59: 149-151.
56. Fallowfield LJ, Braum M. Psychological welfare of patients with breast cancer. *J R Soc Med* 1989; 82: 4-5.
57. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res* 1987; 31: 385-392.
58. Balstrusch HJF, Millar Waltz M. Theoretical framework for developing measures of quality of life and morale. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 25-35.

59. Goldie L. Surviving malignant disease- The psychological effects on patients and their families of malignant disease. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer. 6º Symposium internacionaal del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer.* Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. 1988; 81-88.

60. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Kucheman C, Crabtree RJ, Cornell C. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Br Med J* 1978; 1: 963-965.

61. Derogatis LR. Breast and gynecologic cancers. Their unique impact on body image and sexual identity in women. *Front Radiat Ther Oncol* 1980; 14: 1-11.

62. Bos G. Sexuality of gynaecologic cancer patients: influence of traditional role patterns. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients.* New York Raven Press, 1987; 207-213.

63. Fernández-Argüelles P, Duque A, Borrego A, Vallejo J, García D. Trastornos psíquicos y adaptación psicosocial tras la mastectomía: estudio retrospectivo y prospectivo. *An Psiquiatría* 1989; 5: 20-24.

64. Anónimo. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. En Monografías oncológicas Lederle, nº 1,1990.
65. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. A Psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. Cancer 1985; 55: 72-76.
66. Cassileth BR, Steinfeld AD. Psychological preparation of the patient and family. Cancer 1987; 60: 547-552.
67. Van Dam F. Quality of life: Methodological aspects. Bull Cancer 1986; 73; 607-613.
68. Van Dam FSAM, Aaronson NK. Practical problems in conducting cancer related psychosocial research. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 111-118.
69. Frei E, Kass F, Weeks J. Quality of life in cancer patients: clinical considerations and perspectives. Oncology 1990; 4: 204-207.

70. Picard RS, Scaff E, Tuma J, Davenport P, Shelton D, Bowen LM. Psychotherapy of the cancer family. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer*. 6º Symposium internacional del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. 1988; 129-140.

71. Rubio JM, Garrachón F. Papel del médico en la asistencia al enfermo terminal (II). Aspectos bioéticos. En PROSACS, eds. *El más difícil vivir. Elementos para la asistencia al enfermo en situación terminal*. Sevilla, 1990; 57-66.

72. Hoerni B, Zittoun R, Rojouan J, et cols. Retentissement psychosocial du traitement de la maladie de Hodgkin. Appréciation par questionnaire auprès de 150 malades. *Bull Cancer* 1986; 73: 620-626.

73. Bernheim JL, Ledure G, Souris M, Razavi D. Differences in perception of disease and treatment between cancer patients and their physicians. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 283-295.

74. Sanz J. La práctica de la medicina. *Med Clin* 1990; 94: 25-26.
75. Jomain C. Rôle de l'infirmière dans l'amélioration de la qualité de vie des malades cancéreux. *Bull Cancer* 1986; 73: 694-695.
76. Belcher AE. Nursing aspects of quality of life enhancement in cancer patients. *Oncology* 1990; 4: 197-199.
77. Hillier R. Terminally ill patient: medical and nursing care. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 239-253.
78. González LM, de Llanos F. La enfermera/o en la asistencia al enfermo terminal. En PROSACS, eds. *El más difícil vivir. Elementos para la asistencia al enfermo en situación terminal*. Sevilla, 1990; 77-86.
79. Pruyn JFA, van den Borne HW. Self-care of cancer patients. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 265-274.

80. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J et al. Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981; 34: 585-598.
81. Daniels M, Estapé J, Grau JJ, Guzman MC, Santabárbara P. El Hospital de día oncológico, aspectos psicosociales. En Lobo A, Tres A, eds. *Psicosomática y cáncer. 6º Symposium internacionaal del Grupo Europeo para la Investigación psicosomática del cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid 1988; 373-380.*
82. Ahmezadi S. Measuring quality of life in Hospice care. *Oncology* 1990; 4: 115-119.
83. Ahmezadi S. Paliative care in oncology: Making quality the endpoint. *Annals of Oncology* 1990; 1: 396-398.
84. Lamers WM. Hospice: Enhancing the quality of life. *Oncology* 1990; 4: 121-126.
85. Mezquita M. Hospice. En PROSACS, eds. *El más difícil vivir. Elementos para la asistencia al enfermo en situación terminal. Sevilla, 1990; 99-105.*

86. Mc Cormick R. The Quality of Life, the sanctity of life. Hasting Center report 1979; 30-36.
87. Tannock IF. Management of breast and prostate cancer: How does quality of life enter the equation? *Oncology* 1990; 4: 149-156.
88. Linn MW, Linn BS, Harris R. Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982, 49:1048-1055.
89. Vanier T. Evaluation des soins palliatifs en phase terminale. *Bull Cancer* 1986; 73: 690-693.
90. Feigenberg L. Care of the Dying. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 255-264.
91. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology* 1990; 4: 29-38.
92. Van Knippenberg FC, de Haes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 1043-1053.

93. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 1984; 53: 2002-2007.
94. Klein Poelhuis EH, Hart AAM, Burgers JMV, Hermus RJJ, Bruning PF. Assessment of quality of life: scoring Performance Status in cancer patients. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 93-99.
95. Bernheim JL. Evaluation de la qualité de la vie en cours de traitement. *Bull Cancer* 1986; 73: 614-619.
96. Belpomme D, Le Rol A, Pappo F et al. Evaluation de la qualité de vie chez les malades atteints de cancer. Premières applications aux cancer bronchiques évolués. *Bull Cancer* 1986; 73: 627-633.
97. Priestman TJ. Evaluation of quality of life in women with breast cancer. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 193-200.

98. Aaronson NK. Quality of life: What is it? How should it be measured? Curso Internacional de Metodología de los Ensayos Clínicos en Oncología. Alicante, Mayo 1990; 11-16.

99. Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: Methodologic issues. Curso Internacional de Metodología de los Ensayos Clínicos en Oncología. Alicante, Mayo 1990; 17-30.

100. Liberati A, Confalonieri C, Martino G et al. Patients' assessment of quality of care: a survey of a group breast cancer patients in Italy. Tumori 1985; 71: 1491-1497.

101. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. J Clin Oncol 1989; 7: 959-968.

102. Schipper H, Levitt M. Measuring 'quality of life: Risk and benefits. Cancer Treat Rep 1985; 69: 1115-1125.

103. Huisman SJ, van Dam FRSM, Aaronson NK, Hanewald GJFP. On measuring complaints of cancer patients: some remarks on the time span of the question. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 101-109.

104. Schipper H. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology* 1990; 4: 51- 57.

105. Moinpour CM, Feigl P, Metch B, Hayden KA, Meyskens FL Jr, Crowley J. Quality of life end points in cancer trials: review and recommendations. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 485-495.

106. Moinpour CM, Hayden KA, Thompson IM, Feigl P, Metch B. Quality of life assessment in Southwest Oncology Group Trials. *Oncology* 1990; 4: 79-89.

107. Boyd NF, Selby PH, Sutherland HJ, Hogg S. Measurement of the clinical status of patients with breast cancer. Evidence for the validity of self assessment with linear analogue scales. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 243-250.

108. Coates A, Dillenbeck CF, McNeill DR et al. On the receiving end-II. Linear analogue self-assessment (LASA) in evaluation of aspects of the quality of life of cancer patients, receiving therapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1983; 19: 1633-1637.

109. Izsak FC, Medalie JH. Comprehensive follow-up of carcinoma patients. *J Chron Dis* 1971; 24: 179-191.

110. Levine MN, Guyatt GH, Gent M et al. Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1798-1810.

111. Heinrich RL, Schag CC, Ganz PA. Living with cancer: The Cancer Inventory of problem Situations. *J Clin Psychol* 1984; 40: 972-980.

112. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. The Cancer Inventory of Problem Situations: An instrument for assessing cancer patients' rehabilitation needs. *Journal of Psychosocial Oncology* 1983; 1: 11-24.

113. Ganz PA, Rofessart J, Polinsky ML et al. A comprehensive approach to the assessment of cancer patients' rehabilitation needs: The Cancer Inventory of Problem Situations and a companion interview. *J Psychosoc Oncol* 1986; 4: 27-42.

114. Schag CC, Heinrich RL. Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. *Oncology* 1990; 4: 135-138.

115. Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzal S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Rec Results Cancer Res* 1988; 111: 231-249.

116. Cella DF, Lee-Riordan D, Silberman M, et al. Quality of life in advanced cancer: Three new disease-specific measures. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1989; 1225: 21-23.

117. Schipper H, Clinch J, Mc Murray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer. Development and validation. *J Clin Oncol* 1984; 2: 472-483.

118. Priestman TJ, Braum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet* 1976; 1: 899-901.

119. Baum M, Priestman T, West RR, Jones EM. A comparison of subjective responses in a trial comparing endocrine with cytotoxic treatment in advanced carcinoma of the breast. *Eur J Cancer* 1980; 16 (Suppl. 1): 223-226.

120. Coates A, Gebski V, Bishop JF et al. Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer: a comparison of intermitent and continuous treatment strategies. *New Engl J Med* 1987; 317: 1490-1495.

121. Selby PJ, Campbell JE, Chapman JSA, Etazadi-Amoli J, Boyd NF. Measurement of the quality of life in patients with breast cancer. *Rev Endocrine-related Cancer* 1984; 14(Suppl.): 245-247.

122. Chambers LW, Macdonald LA, Tugwell P, Buchanan WW, Kraag G. The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *J Rheumatol* 1982; 9: 780-784.

123. Hunt S, McKenna SP, McEwen J, Willians J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-229.

124. Derogatis LR, Lopez M. PAIS & PAIS-SR: Administration, scoring and procedures manual- I. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1983.

125. Ferrans CE. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1990;17(3 Suppl):15-19.

126. Padilla GV, Presant C, Grant MM et al. Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Health* 1983; 6: 117-126.

127. De Haes JCJM, Raatgever JW, Van der Burg MEL, Hamersma E, Neijt JP. Evaluation of quality of life of patients with advanced ovarian cancer treated with combination chemotherapy. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 215-226.

128. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE. Sickness Impact Profile: Validation of a health status measure. *Med Care* 1976; 14: 57-61.

129. Bergner M, Robbit RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-806.

130. Aaronson NK, Bakker W, Stewart AL et al. Multidimensional approach to the measurement of quality of life in Lung cancer clinical trials. In Aaronson NK, Beckman JH, eds. The quality of life of cancer patients. New York Raven Press, 1987; 63-82.

131. Barreto MP, Pascual A, Martínez E y cols. Evaluación longitudinal de calidad de vida en cáncer de mama. Resúmenes del primer Congreso nacional de la FESEO. Madrid 1990; 15.

132. Tulsky DS. An introduction to Test theory. Oncology 1990; 4: 43-48.

133. Gelber RD, Goldhirsch A. A new endpoint for the assessment of adjuvant therapy in postmenopausal women with operable breast cancer. J Clin Oncol 1986; 4: 1772-1779.

134. Gelber RD, Goldhirsch A, Simes RJ, Glasziou P, Castiglione M. Integration of quality -of-life issues into clinical trials of breast cancer. In : Cavalli F ed. Endocrine therapy of breast cancer III. European School of oncology 1989.

135. Gelber RD, Gelman RS, Goldrisc A. A quality-of-life-oriented endpoint for comparing therapies. *Biometrics* 1989; 45: 781-795.
136. Jones DR, Fayers PM, Simons J. Measuring and analyzing quality of life in cancer clinical trials: A review .In Aaronson NK, Beckman JH, eds. *The quality of life of cancer patients*. New York Raven Press, 1987; 41-62.
137. Hahn RC, Petitti DB. Minnesota multiphasic personality inventory-rated depression and the incidence of breast cancer. *Cancer* 1988; 61: 845-848.
138. Martín M.F, Fernández M, Seisdedos A. La medida en las ciencias humanas. Naturaleza en la medición. En : *Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca eds. Estadística descriptiva. Manual de prácticas para las ciencias de la conducta*. Salamanca 1984 ; 31-35.
139. Sechrest L. Métodos de investigación fiabilidad y validez. En: Desclée de Brower ed. *Métodos de investigación en psicología clínica*. Bilbao: Bellack AS, Hersen M. 1989; 35-65.

140. Von Foerster H. Construyendo una realidad. En: Gedisa S.A. ed. La realidad inventada. ¿Como sabemos lo que creemos saber? Barcelona: P. Watzlawick y cols. 1988; 38-56.

141. González S, Steinglass P, Reis D, eds. Intervenciones centradas en familias con miembros que tienen dolencias crónicas. George Washington University, 1987.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA EORTC*
Aaronson et al. (1988)

Apéndice 3.1. 1.

Estamos interesados en algunas cosas sobre usted y sobre su salud. Por favor, conteste a todas las preguntas señalando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas "correctas" o "falsas". La información que de será estrictamente confidencial.

Por favor, ponga su nombre: _____

Fecha de Nacimiento (Día, Mes, Año): _____

La fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

	NO	SI
1.- ¿Puede realizar esfuerzos físicos intensos, como mover muebles pesados?.....	1.....	2
2.- Si usted quisiera, ¿podría correr una distancia corta?	1.....	2
3.- ¿Tiene algún problema al dar un paseo largo?.....	1.....	2
4.- ¿Tiene algún problema al caminar una distancia corta?	1.....	2
5.- ¿Pasa la mayor parte del día en la cama o en una silla?	1.....	2
6.- ¿Pasa todo o la mayor parte del día en el interior de su casa?	1.....	2
7.- ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o para utilizar el baño?	1.....	2
8.- ¿Se siente limitado de alguna manera para poder hacer su trabajo o las tareas de la casa?	1.....	2
9.- ¿Su estado actual le impide mantener cualquier trabajo en casa o fuera de ella?	1.....	2

*Traducción de la EORTC.

Durante la pasada semana: **NADA UN POCO BASTANTE MUCHO**

- 10- ¿Ha sentido que le faltaba aire?..... 1 2 3 4
- 11- ¿Ha tenido dolor? 1 2 3 4
- 12- ¿Ha necesitado descansar? 1 2 3 4
- 13- ¿Se ha sentido enfermo? 1 2 3 4
- 14- ¿Ha tenido algún problema para
dormir? 1 2 3 4
- 15- ¿Se ha sentido débil? 1 2 3 4
- 16- ¿Ha perdido el apetito? 1 2 3 4
- 17- ¿Ha tenido náuseas? 1 2 3 4
- 18- ¿Ha vomitado? 1 2 3 4
- 19- ¿Ha tenido estreñimiento? 1 2 3 4
- 20- ¿Ha tenido diarrea? 1 2 3 4
- 21- ¿Estaba cansado? 1 2 3 4
- 22- ¿Ha tendido dificultades para concen-
trarse y recordar cosas? 1 2 3 4
- 23- ¿Podría permanecer sentado/a tran-
quila y relajadamente? 1 2 3 4
- 24- ¿Ha perdido el interés por su aspecto
personal? 1 2 3 4
- 25- ¿Se ha sentido inquieto como si no
pudiera parar de moverse? 1 2 3 4
- 26- ¿Esperaba las cosas con ilusión? 1 2 3 4
- 27- ¿Ha experimentado de repente sensa-
ciones de gran angustia o temor? 1 2 3 4
- 28- ¿Ha podido disfrutar de un buen libro,
un buen programa de radio o TV? 1 2 3 4
- 29- ¿Se ha sentido tenso o nervioso? 1 2 3 4
- 30- ¿Era capaz de reírse y ver el lado
gracioso de las cosas? 1 2 3 4
- 31- ¿Se sentía físicamente bien? 1 2 3 4
- 32- ¿Su estado actual ha interferido con
su vida familiar o social? 1 2 3 4
- 33- ¿El tratamiento médico ha interferido
con su vida familiar o social? 1 2 3 4
- 34- ¿Le ha causado dificultades económicas
su estado actual o su tratamiento? 1 2 3 4

Para responder a las siguientes preguntas, por favor, señale con un círculo del 1 al 7 que mejor se aplique a su caso:

35- ¿Cómo valoraría su estado físico durante la pasada semana?

1	2	3	4	5	6	7
Muy malo						Excelente

36- ¿Cómo valoraría su calidad de vida durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Muy malo						Excelente

Hay pacientes que a veces prefieren tener alguno de los síntomas siguientes. Por favor, indique el grado en que haya experimentado estos síntomas durante la semana pasada.

· Durante la pasada semana: **NADA UN POCO BASTANTE MUCHO**

37- ¿Cuanta tos tuvo?..... 1 2 3 4

38- ¿Al toser echó sangre? 1 2 3 4

39- ¿Cuando estaba descansando notaba que le faltaba el aire? 1 2 3 4

40- ¿Al andar notaba que le faltaba el aire? ... 1 2 3 4

41- ¿Al subir escaleras, notaba que le faltaba el aire? 1 2 3 4

42- ¿Ha tenido escozor o llagas en la lengua o en la boca? 1 2 3 4

43- ¿Le costaba tragar? 1 2 3 4

44- Ha notado hormigueo en las manos o en los pies? 1 2 3 4

45- ¿Le ha preocupado la caída del cabello?... 1 2 3 4

46- ¿Ha tenido dolor en el pecho? 1 2 3 4

47- ¿Ha tenido dolor en el brazo o en el hombro? 1 2 3 4

48- ¿Ha tenido dolor en otras partes del cuerpo? 1 2 3 4
Si es cierto, ¿dónde? _____

49- ¿Tomó alguna medicina para el dolor

1. No

2. Si. ¿Cuánto le ayudó? 1 2 3 4

**POR FAVOR, ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.
Utilice el siguiente espacio si desea añadir alguna información**

1.- ¿Cuánto tiempo le ha llevado rellenar este cuestionario? _____ Minutos

2.- ¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

NO

SI. ¿Quién le ha ayudado? _____

3.- ¿Alguna pregunta le ha resultado confusa o difícil de contestar?

NO

SI (En este caso indique el número/s de la/s pregunta/s que ha encontrado confusa/s o difícil/es.) _____

4.- ¿Alguna pregunta le ha incomodado?

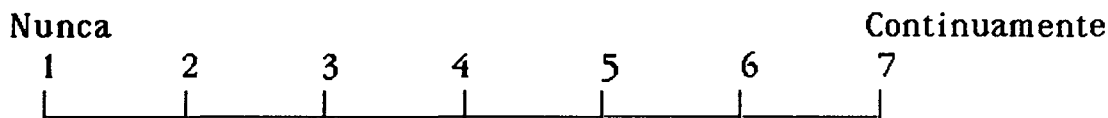
NO

SI. Número/s de la/s pregunta/s _____

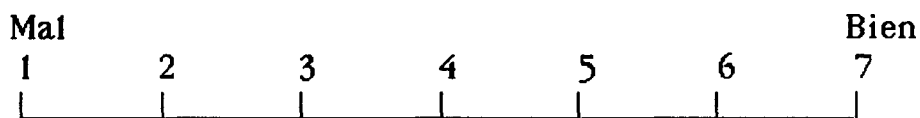
5.- Por favor, utilice el espacio que sigue si desea añadir algún comentario

MCT&RF. FLIC (Schipper y cols.) *

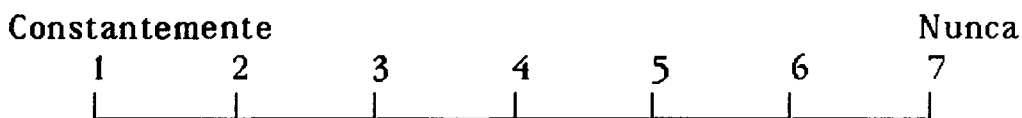
1.- La mayoría de la gente tiene a veces algunos sentimientos de depresión. Valore con qué frecuencia tiene Ud. estos sentimientos.



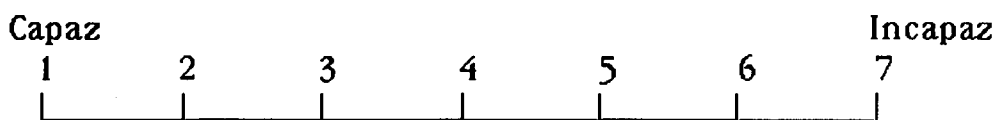
2.- ¿Cómo tolera Ud. sus agobios cotidianos?



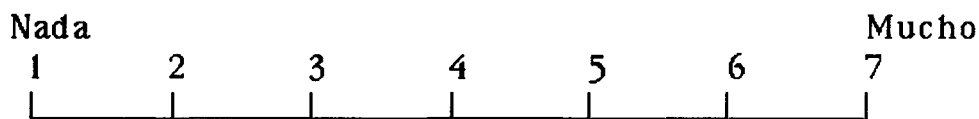
3.- ¿Cuánto tiempo pasa Ud. pensando en su enfermedad?



4.- Valore la capacidad para mantener sus aficiones y actividades de ocio habituales.



5.- ¿Han afectado las náuseas a sus actividades cotidianas?

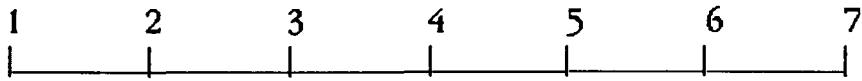


* Traducido por Beyebach M. 1987.

6.- ¿Cómo se siente Ud. hoy?

Muy mal

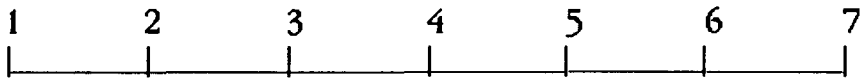
Muy bien



7.- ¿Se siente Ud. hoy lo suficientemente bien como para hacer una comida o un trabajo casero?

Muy capaz

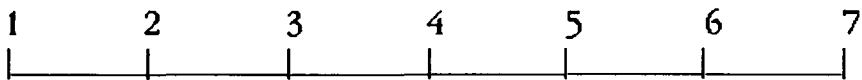
Incapaz



8.- ¿En qué medida su enfermedad ha supuesto una carga para la persona más cercana a Ud. en las últimas dos semanas?

Nada

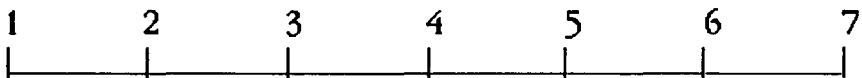
Mucho



9.- Valore con qué frecuencia se siente Ud. desanimado acerca de su vida?

Siempre

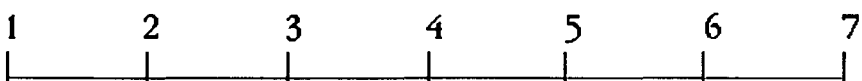
Nunca



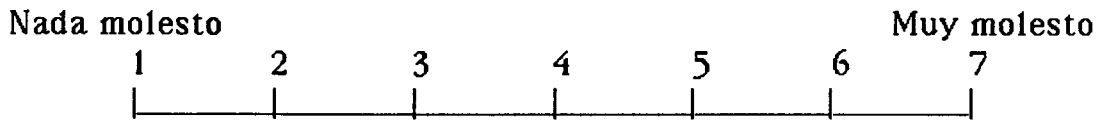
10.- Valore Ud. su satisfacción con su trabajo y con sus tareas de casa en el último mes.

Muy satisfecho

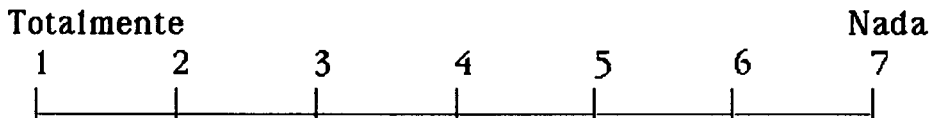
Poco
satisfecho



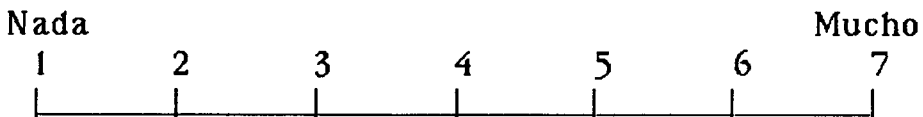
11.- ¿En qué medida se siente Ud. molesto hoy?



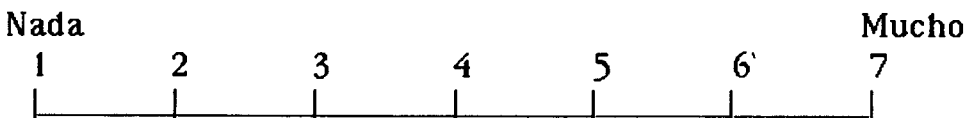
12.- Valore en su opinión en qué grado ha perturbado su enfermedad a las personas más cercanas a Ud, en las últimas dos semanas.



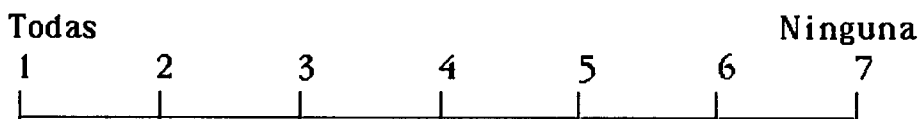
13.- ¿Cuánto están interfiriendo sus dolores o molestias en sus actividades cotidianas?



14.- Valore en qué medida su enfermedad le ha supuesto una carga personal en las últimas dos semanas.



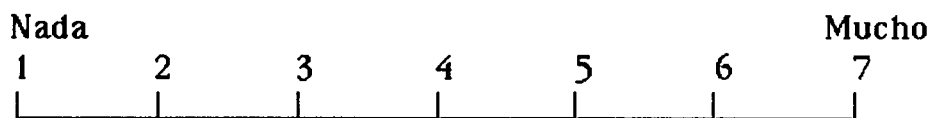
15.- ¿Cuántas tareas domésticas es Ud. capaz de terminar?



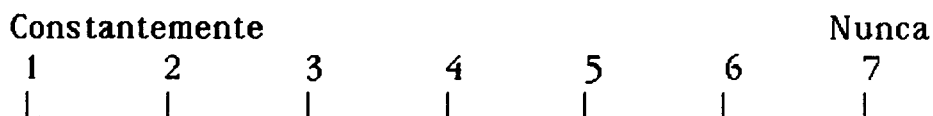
16.- Valore su disposición para ver a las personas más cercanas a Ud. y para pasar tiempo con ellas durante las últimas dos semanas.



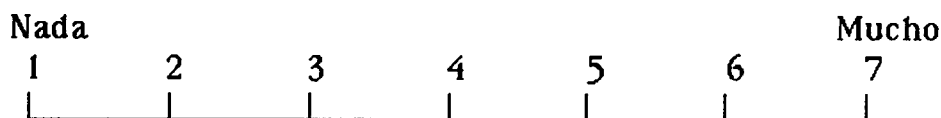
17.- Ha tenido náuseas en las últimas dos semanas?



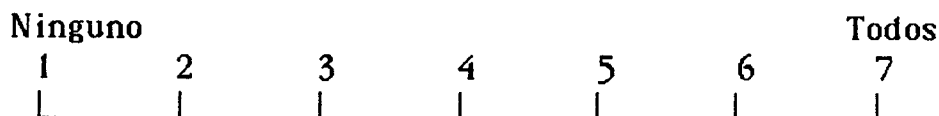
18.- ¿En qué medida le asusta el futuro?



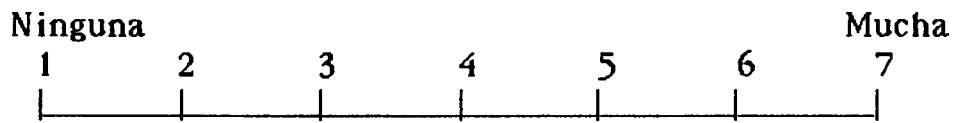
19.- ¿Ha estado dispuesto a ver a sus amigos y a estar con ellos durante las últimas dos semanas?



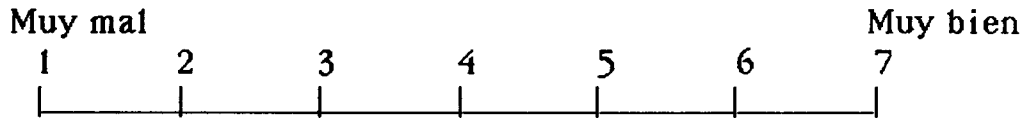
20.- ¿Cuántos de los dolores o molestias, que ha sentido Ud. durante las últimas dos semanas, estaban relacionados con su enfermedad.?



21.- Valore su confianza en el tratamiento prescrito.



22.- ¿Cómo se encuentra Ud. hoy?

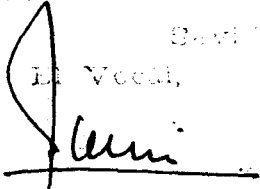



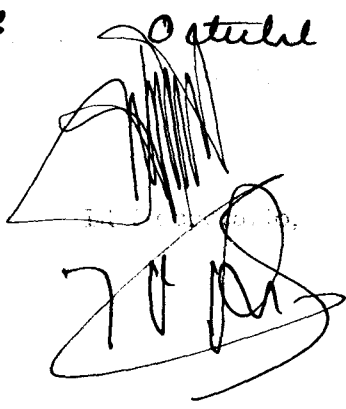
UNIVERSIDAD DE CHILE

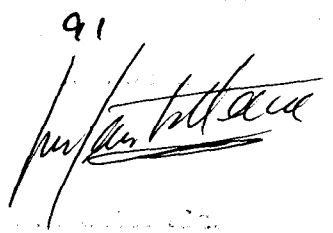
Reunido el Tribunal de Examinación de Tesis Doctorales el día de la fecha, por el cual se aprobó la Tesis de

D. LORROES PALVO MARTINEZ
titula Calidad de vida en pacientes con cáncer
de mama.

concedió en esta fecha el grado de DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON LAUDIS

Sesión 23
La Veeda,

El Presidente


Ostfeld


91

L. Colos