

## Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia

Concepción Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, Celina Padierna Sánchez<sup>2</sup>, Erica Villoria Fernández<sup>1</sup>, Isaac Amigo Vázquez<sup>1</sup>, Roberto Fernández Martínez<sup>3</sup> e Ignacio Peláez Fernández<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Universidad de Oviedo, <sup>2</sup> Hospital Central de Asturias y <sup>3</sup> Hospital de Cabueñes

Se describe la evolución de la sintomatología, estado emocional y rutinas cotidianas en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia (QT), y se analiza la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad. 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón, se evalúan antes de iniciar el tratamiento, finalizado el primero, segundo y último ciclo de QT, mediante el HAD, escalas de apreciación y entrevista. Menos de un 30% alcanzan puntuaciones en el HAD indicativas patología ansiosa o depresiva. Se incrementó significativamente el cansancio, fatiga y náuseas y se interrumpen las actividades laborales y de ocio. La preocupación por el futuro de allegados y el insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo en pacientes con cáncer de mama, mientras que se reducen en pacientes con cáncer de pulmón. Al introducir como covariables las puntuaciones obtenidas en el HAD, se comprueba que la mayoría de diferencias son atribuibles a los factores tiempo y tipo de cáncer. Las alteraciones emocionales no parecen tener, durante el tratamiento con QT, un peso relevante en la sintomatología y cambios en la vida cotidiana referidos por el paciente oncológico.

*Impact of anxiety and depression on the physical status and daily routines of cancer patients during chemotherapy.* The evolution of symptoms, emotional state and daily routines in patients with breast cancer and lung cancer during treatment with intravenous chemotherapy (CT) is described and the influence of anxiety and depression on these variables is analyzed. 66 patients, 29 with breast cancer and 37 with lung cancer, were evaluated before starting treatment, and after completing the first, second and last cycle of CT using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), rating scales and interview. Less than 30% of the patients showed clinical anxiety or depression according to the HADS. Throughout the treatment, tiredness, fatigue and nausea increased significantly and work and leisure activity decreased. Concern about the future of relatives and insomnia increased significantly over time in patients with breast cancer whereas they decreased in patients with lung cancer. By introducing the HADS scores as covariates, it was found that most differences are due to the time factor and the type of cancer. During treatment with CT, emotional disturbances do not seem to have significant impact on the symptoms and changes in daily life reported by cancer patients.

La ansiedad y depresión en pacientes oncológicos se ha relacionado con peores resultados clínicos y patológicos (Ciaramella y Poli, 2001; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, 2006; Groenvold, Petersen, Idler, Bjorner, Fayers y Mouridsen, 2007). Alternativamente, se ha sugerido una relación causal entre el bienestar psicológico y el incremento de la expectativa de vida. Spiegel mostró que pacientes con cáncer de mama aleatorizados y asignados a un grupo de intervención psicosocial vivían más que pacientes de un grupo control (Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989); y un efecto similar se observó en pacientes con melanoma metastático (Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey et al., 1993). No obstante,

estos resultados no han podido replicarse en estudios posteriores (Cunningham, Edmons, Jenkins, Pollack, Lockwood y Warr, 1998; Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Vicent, Guthrie et al., 2001). Por otra parte, algunos autores cuestionan que la ansiedad y la depresión experimentadas durante el tratamiento oncológico deban considerarse reacciones patológicas (Meyerowitz, 1981; Barreto, Capafons e Ibáñez, 1987).

Las complejas relaciones entre el estado físico y emocional han evidenciado la necesidad de estudios transversales y longitudinales en los diferentes momentos de la enfermedad y tratamiento oncológico (Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik y Massie, 1999; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund y Dahl, 2000; Padierna, Fernández, Amigo, Gracia, Fernández, Peláez et al., 2004; Helgeson y Tomich, 2005). Estas investigaciones están contribuyendo a delimitar en qué medida la respuesta emocional del paciente es patológica y la sensibilidad y especificidad de los instrumentos y criterios diagnósticos (Rodgers, Martin, Morse, Kendell y Verrill, 2005; Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez y Sirgo, 2008). Así como a de-

terminar qué grado de fiabilidad alcanzan las alteraciones emocionales como predictores de la evolución de los pacientes (Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards y Ramírez, 2005; Groenvold et al., 2007). Cabe señalar que los resultados actuales parecen sostener la importancia de la depresión en la respuesta terapéutica de los enfermos oncológicos (Chen y Chang, 2004; Lloyd-Williams, Dennis y Taylor, 2004). En este contexto, el presente estudio tiene como objetivos: uno, describir la presencia y evolución de la sintomatología, estado emocional y rutinas cotidianas en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia intravenosa (QT); y dos, comprobar la mediación de la ansiedad y la depresión sobre el estado clínico y funcionalidad del paciente.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón. La selección se realizó de forma consecutiva con los pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes, Gijón (Spain), independientemente del estadio inicial de la enfermedad, siempre y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuera QT en cualquiera de sus modalidades (adyuvante, neoadyuvante, de inducción). Ningún paciente rehusó participar.

### Instrumentos

*Protocolo médico (ad hoc)* en el que se recogen datos sociodemográficos y clínicos.

*Escala de Karnofsky* (Karnofsky, Abelman, Craver y Burchehal, 1948). Refleja el grado de autonomía del paciente en una escala de 0 (fallecimiento) a 100 (desarrollo normal). Sus propiedades psicométricas han sido probadas en distintos estudios (Mor, Laliberte y Morris, 1984).

*Escala de ansiedad y depresión hospitalaria* (HAD, Zigmond y Snaith, 1983). Escala de 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión. En cada una, valores totales entre 0 y 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso dudoso y de 11 a 21 caso clínico. Sus propiedades psicométricas parecen ser adecuadas; mostrando una fiabilidad, valorada mediante el coeficiente alpha de Cronbach, de 0,80 para cada una de las subescalas y un coeficiente de validez de 0,70 (Aaranson, Bullinger y Ahmezdai, 1988).

*Escala de estado general* (Padierna, 2003) y *Escala de salud percibida* (Padierna, 2003). Escalas analógicas en las que el paciente valora de 0 (-) a 10 (+) su situación en el momento de evaluación.

*Escala de calidad de vida* (Padierna, 2003). Escala analógica en la que el médico puntúa de 0 (-) a 10 (+) la calidad de vida global del paciente en el momento de evaluación.

*Entrevista semiestructurada (ad hoc)*, mediante la que se recoge información sobre: (a) síntomas: náuseas, vómitos, alteraciones del sueño, fatiga o dificultad para respirar, cansancio y dolor; (b) estado emocional: ansiedad, depresión; (c) preocupación: por el tratamiento, por el propio futuro y por el futuro de otras personas; (d) funcionalidad: cuidados personales, actividad doméstica, laboral, ocio, relaciones sociales, familiares, de pareja y sexuales. Para cada síntoma, estado emocional y preocupaciones se valora intensidad (0-4) y frecuencia (0-4) en: los días previos a la administra-

ción de la QT y de manera continua. En cuanto a la funcionalidad, se valora la actividad en cada ámbito como: 0 (no mantiene), 1 (reducida), 2 (mantiene).

### Procedimiento

Se realizó una selección consecutiva de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón que acudieron por primera vez a la Unidad de Oncología Médica, independientemente del estadio de la enfermedad, y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuese QT intravenosa. Los oncólogos, en cada consulta, recogieron de forma sistemática los datos clínicos y valoraron la calidad de vida del paciente al inicio y al final del tratamiento con QT. El psicólogo, en la consulta previa al inicio del tratamiento QT, informó a cada paciente de los objetivos y procedimiento del estudio y, una vez obtenido su consentimiento, completó el registro de datos sociodemográficos y aplicó el HAD. En las consultas hospitalarias programadas al finalizar el primero, segundo y último ciclo de tratamiento con QT, evaluó individualmente a los participantes en sesiones de aproximadamente 40 min. a través de la entrevista estructurada, el HAD y escalas de apreciación. El protocolo del estudio cumple con los criterios éticos establecidos por la APA y el COP y fue aprobado por el responsable del centro hospitalario en que se llevó a cabo.

### Análisis de datos

Para cada variable y momento de evaluación se obtuvieron los estadísticos descriptivos correspondientes, segmentando la muestra total en función de la localización del tumor primario. Para analizar la evolución de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo se realizó la prueba t para muestras relacionadas.

Para comprobar si la ansiedad y depresión evaluadas mediante el HAD explicaban los cambios referidos en: la valoración global del estado general, salud percibida, calidad de vida, síntomas y funcionalidad se llevó a cabo un ANOVA factorial mixto, utilizando como variable inter la localización del tumor primario y como variable intra el tiempo. Posteriormente, se realizó un ANCOVA factorial mixto introduciendo como covariables las puntuaciones pre-tratamiento QT en el HAD. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 15.0 para Windows.

## Resultados

Los participantes fueron 66 pacientes oncológicos. Treinta y cuatro hombres y 32 mujeres, con una edad media de 60,9 para los sujetos con cáncer de pulmón (rango: 44-78, DT.: 8,6); y de 53,7 para los sujetos con cáncer de mama (rango: 31-70, DT.: 11,2). La mayoría de los pacientes estaban casados o vivían en pareja (72% - 76%) (cáncer de mama - cáncer de pulmón, respectivamente) y tenían estudios primarios (48% - 65%). La situación laboral más frecuente en los pacientes de cáncer de pulmón fue la jubilación (57%), seguida de la baja laboral (30%); y en aquellos con cáncer de mama fue baja laboral (48%), seguida de ama de casa (41%). El número de familiares con los que vivía el paciente oscilaba entre 0 y 4 (media: 1,5 - DT: 1,7), y tenían una media de 1,7 hijos (rango: 0-4, DT: 1,1 - 1,3).

Respecto a las características clínicas de la muestra: 37 sujetos fueron diagnosticados de cáncer de pulmón (56,1%) y 29 de cáncer de mama (43,9%). Aunque todos recibieron QT, previamente, algunos pacientes habían recibido otro tratamiento. Entre los sujetos

con cáncer de pulmón, un 8,1% habían sido tratados con radioterapia (RT). Todos los pacientes con cáncer de mama, excepto uno, habían sido intervenidos, un 57,1% con cirugía radical y un 32,1% con cirugía conservadora. En el grupo de sujetos con cáncer de pulmón un 27,8% de los casos recibían tratamiento psicofarmacológico, y en el grupo de cáncer de mama un 41,4%.

Las *valoraciones globales de estado general, salud percibida y calidad de vida (cv)* fueron positivas. El valor medio mínimo de las estimaciones realizadas por los pacientes fue de 5,9 sobre 10, y el máximo de 7,8. Las valoraciones realizadas por los oncólogos fueron incluso más positivas (rango de puntuaciones medias: 8,4-9,1). En general, las distintas valoraciones permanecieron estables a lo largo del tiempo. No se observan diferencias significativas.

*Síntomas.* Se describen en la tabla 1. En los sujetos con cáncer de pulmón destacaron, durante todo el tratamiento QT, por su frecuencia e intensidad: las alteraciones del sueño, que afectaron continuamente al 61,9% después del primer ciclo de QT, 50% tras el segundo y 33,3% al finalizar el tratamiento; la fatiga presente en todo momento en un 38,1%, 25% y 44,4% (respectivamente); el dolor (38,1%, 32,4% y 25%) y el cansancio que refirió el 57,1% tras el primer ciclo y el 77,8% al finalizar el tratamiento.

En los pacientes con cáncer de mama habría que destacar la frecuencia e intensidad del cansancio, que estuvo continuamente presente a lo largo de todo el tratamiento (36%, 50% y 55,6%); el dolor (12%, 26,1% y 33,3%). Las alteraciones del sueño, aunque se incrementaron progresivamente a lo largo del tratamiento, solo llegaron a afectar a un tercio de las pacientes.

Las *alteraciones emocionales y preocupaciones* percibidas por el paciente se describen en la tabla 2. Hay que señalar que en todos los momentos de evaluación, al menos, dos tercios de los pacientes no refieren ansiedad ni depresión, mientras que el resto sí presenta alteraciones emocionales frecuentes e intensas. La ansiedad en los días previos a la QT solo destaca en los pacientes con cáncer de pulmón y únicamente en el segundo ciclo de tratamiento. Y, en lo que se refiere a las preocupaciones percibidas por el paciente, fueron informadas por un mayor porcentaje de los sujetos con cáncer de pulmón.

Las variables relacionadas con la *funcionalidad* de los pacientes se describen en la tabla 3. En este grupo de variables destacan la interrupción de la actividad laboral y los cambios en la actividad doméstica. Pero el dato más llamativo es el porcentaje de pacientes que informaron de cambios en sus actividades de ocio, especialmente acentuado en los pacientes con cáncer de pulmón. Las alteraciones en las relaciones sexuales también estuvieron presentes en un porcentaje importante de casos (28% - 38%) de pacientes con cáncer de mama. Hay que señalar que los participantes en este estudio no refieren cambios en su vida familiar ni en su relación de pareja.

En la tabla 4 se muestran los datos descriptivos obtenidos en el *HAD* y los porcentajes de casos clínicos/dudosos/no casos. Teniendo en cuenta los intervalos de valoración clínica propuestos por los autores (Zigmond y Snaith, 1983), la media obtenida para ambas escalas estaría dentro de lo que se considera ausencia caso clínico en ambos grupos y en todos los momentos de evaluación.

Entre los pacientes de cáncer de pulmón se encuentra el mayor porcentaje de casos clínicos antes de iniciar la QT, aunque por debajo del 30%; y la incidencia se reduce a lo largo de las distintas evaluaciones. Entre los pacientes de cáncer de mama el porcentaje es inferior al 15%, aunque se mantiene estable a lo largo del tratamiento.

Las puntuaciones medias del grupo de pacientes con tumores de pulmón en el HAD-A, HAD-D y HAD-total antes de iniciar el tratamiento fueron significativamente mayores que las obtenidas al finalizar el mismo (HAD-A:  $t_8 = 2,985$ ,  $p = 0,017$ ; HAD-D:  $t_8 = 2,341$ ,  $p = 0,047$ ; HAD-T:  $t_8 = 5,429$ ,  $p = 0,001$ ). En el grupo de pacientes con tumores de mama, en el HAD-A, la puntuación media antes de iniciar el tratamiento fue significativamente más alta que las obtenidas en el segundo, tercero y último ciclo de QT ( $t_{23} = 2,702$ ,  $p = 0,013$ ,  $t_{19} = 3,492$ ,  $p = 0,002$ , y  $t_{13} = 4,226$ ,  $p = 0,001$ , respectivamente). También se observó una disminución progresiva en la puntuación en el HAD-total. Así, la media al inicio del tratamiento fue significativamente mayor que la obtenida después del primer ciclo de QT ( $t_{23} = 2,212$ ,  $p = 0,037$ ) y que al finalizar el tratamiento ( $t_{19} = 2,574$ ,  $p = 0,019$ ). No se hallaron diferencias de medias significativas para la subescala de depresión.

En el ANOVA factorial mixto, el efecto del tiempo (factor intra) fue significativo en las siguientes condiciones experimentadas de manera continua: la frecuencia con que el paciente refirió tener náuseas ( $F_{1,24} = 5,594$ ;  $p = 0,026$ ); la frecuencia con la que se sintieron fatigados ( $F_{1,24} = 8,053$ ;  $p = 0,009$ ); la frecuencia ( $F_{1,24} = 9,449$ ;  $p = 0,005$ ) e intensidad ( $F_{1,24} = 15,261$ ;  $p = 0,001$ ) con que indicaron sentirse cansados; y la preocupación por el futuro de otros ( $F_{1,25} = 4,391$ ;  $p = 0,046$ ). En todas estas condiciones se observó un empeoramiento al finalizar el tratamiento.

El efecto del factor inter, localización del tumor primario, solo fue significativo para la intensidad con que los pacientes tuvieron vómitos en los días siguientes a la administración del tratamiento, que fue mayor en cáncer de mama ( $F_{1,25} = 5,012$ ;  $p = 0,034$ ).

Al cruzar el factor intra y el factor inter, se encontraron las siguientes interacciones significativas: preocupación por el futuro de otros ( $F_{1,25} = 7,258$ ;  $p = 0,012$ ), con un incremento de dicha preocupación en los pacientes con cáncer de mama y una disminución de la misma en los pacientes con cáncer de pulmón; frecuencia e intensidad de las alteraciones del sueño ( $F_{1,25} = 4,891$ ;  $p = 0,036$ ), apreciándose a lo largo del tiempo una disminución de estas dificultades en los pacientes con cáncer de pulmón y un incremento en los pacientes con cáncer de mama.

En el ANCOVA factorial mixto, al tomar como covariable la puntuación pre-tratamiento HAD-A, se observa que el efecto tiempo fue significativo en la intensidad de las alteraciones del sueño experimentadas de forma continua ( $F_{1,23} = 5,092$ ;  $p = 0,034$ ), señalando una reducción al finalizar el tratamiento. Los sujetos con cáncer de pulmón presentaron más frecuentemente alteraciones del sueño ( $F_{1,23} = 4,618$ ;  $p = 0,042$ ), y también valoraron peor su salud ( $F_{1,23} = 7,649$ ;  $p = 0,011$ ). El resto de los resultados coinciden con los obtenidos en el ANOVA, con la excepción de que el factor tiempo ya no resulta significativo en la preocupación por el futuro de otros y la frecuencia de la fatiga.

Introduciendo como covariable la puntuación pre-tratamiento HAD-D, solo se alteran los efectos observados en el ANOVA en relación a la frecuencia con que el paciente refirió sentirse fatigado, dejando de ser significativo el factor tiempo. En la intensidad de las alteraciones del sueño experimentadas de manera continua sí resulta significativa la interacción tiempo por tumor y también el factor tiempo ( $F_{1,24} = 7,626$ ;  $p = 0,011$ ).

Finalmente, introduciendo como covariable la puntuación pre-tratamiento HAD-T, deja de ser significativo el factor tiempo en la frecuencia de la fatiga y la preocupación por el futuro de otros. Se observa que los pacientes con cáncer de pulmón perciben más negativamente su salud ( $F_{1,23} = 4,480$ ;  $p = 0,045$ ). Y, en el mismo sentido mostrado en el ANOVA, se encuentra que es significativo

Tabla 1  
 Síntomas

	Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<b>Náuseas continuo int.</b>						
0	70,0	76,0	66,7	76,2	77,8	77,8
1	10,0	16,0	8,3	23,8	11,7	5,6
2	5,0	0	16,7	0	0	11,1
3	0	4,0	0	0	11,7	0
4	15,0	4,0	8,3	0	0	5,6
<b>Vómitos post-int.</b>						
0	90,5	80,8	66,7	90,9	100	83,3
1	9,5	15,4	8,3	9,1	0	0
2	0	3,8	16,7	0	0	7,1
3	0	0	0	0	0	5,6
4	0	0	8,3	0	0	0
<b>Alter. sueño continuo frec.</b>						
0	38,1	80,8	50,0	73,9	66,7	66,7
1	0	0	0	4,3	0	0
4	61,9	19,2	50,0	21,7	33,3	33,3
<b>Alter. sueño continuo int.</b>						
0	38,1	77,8	50,0	73,9	66,7	66,7
1	4,8	3,7	8,3	8,7	0	11,1
2	19,0	14,8	25,0	17,4	22,2	11,1
3	28,6	0	8,3	0	0	5,6
4	9,5	3,7	8,3	0	11,1	5,6
<b>Fatiga continuo frec.</b>						
0	52,4	96,0	66,7	95,5	44,4	66,7
2	4,8	4,0	8,3	4,5	0	0
3	4,8	0	0	0	11,1	0
4	38,1	0	25,0	0	44,4	33,3
<b>Fatiga continuo int.</b>						
0	55,0	96,2	66,7	95,5	44,4	66,7
1	10,0	3,8	16,7	4,5	22,2	16,7
2	15,0	0	0	0	22,2	11,1
3	10,0	0	8,3	0	11,1	0
4	10,0	0	8,3	0	0	5,6
<b>Cansancio continuo frec.</b>						
0	42,9	52,0	41,7	36,4	22,2	33,3
2	0	8	0	9,1	0	5,6
3	0	4	0	4,5	0	5,6
4	57,6	36	58,3	50,0	77,8	55,6
<b>Cansancio continuo int.</b>						
0	45,0	53,8	41,7	38,1	22,2	33,3
1	10,0	26,9	16,7	33,3	11,1	22,2
2	5,0	7,7	8,3	14,3	0	0
3	20,0	7,7	8,3	9,5	22,2	11,1
4	20,0	3,8	25,0	4,8	44,4	33,3
<b>Dolor continuo frec.</b>						
0	57,1	72	58,3	60,9	75	55,6
1	0	4	8,3	4,3	0	0
2	4,8	4	0	0	0	11,1
3	0	8	0	8,7	0	0
4	38,1	12	32,4	26,1	25	33,3
<b>Dolor continuo int.</b>						
0	63,2	80,0	63,6	66,7	75,0	58,8
1	10,5	8,0	18,2	14,3	0	23,5
2	10,5	4,0	9,1	14,3	25,0	11,8
3	0	4,0	0	0	0	5,9
4	15,8	4,0	9,1	4,8	0	0

continuo int. (intensidad síntoma a lo largo del tratamiento con QT) 0= nada; 1= poco; 2= moderado; 3= bastante; 4= mucho  
 continuo frec. (frecuencia síntoma a lo largo del tratamiento con QT) 0= nunca; 1= rara vez; 2= algunos días; 3= casi todos días; 4= a diario  
 post- int. (intensidad síntoma semana posterior a la administración QT) 0= nada; 1= poco; 2= moderado; 3= bastante; 4= mucho

el factor tiempo y la interacción tiempo por tumor en la frecuencia ( $F_{1,23}=4,826$ ;  $p=0,038$ ) e intensidad ( $F_{1,23}=6,326$ ;  $p=0,019$ ) de las alteraciones del sueño.

### Discusión

En este estudio participaron 66 pacientes adscritos a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes de Gijón. La muestra, aunque por su tamaño puede juzgarse limitada, es repre-

sentativa clínica y sociodemográficamente de la población oncológica estudiada (SESPA, 2008), con las implicaciones que ello tiene de cara a la generalización de los resultados.

Los participantes presentaban, en general, una buena adaptación psicológica. Las puntuaciones medias obtenidas en el HAD se mantuvieron, durante el tratamiento con QT, dentro de lo que se consideran valores no clínicos. Estos resultados son comparables a los ya obtenidos en otros estudios con población oncológica (Groenvold, Fayers, Sprangers, Bjorner, Klee, Aaronson et al.,

Tabla 2  
Alteraciones emocionales

	Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<b>Ansiedad pre-int.</b>						
0	100	80,8	66,7	86,4	88,9	83,3
1	0	15,4	33,3	13,6	11,1	11,1
2	0	3,8	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	5,6
4	0	0	0	0	0	0
<b>Ansiedad continuo frec.</b>						
0	52,4	70,0	66,7	69,6	77,8	66,7
1	0	0	0	0	0	0
2	0	15,0	8,3	8,7	11,1	11,1
3	14,3	5,0	0	4,3	0	0
4	33,3	10,0	25,0	17,4	11,1	22,2
<b>Ansiedad continuo int.</b>						
0	55,0	76,9	66,7	69,6	77,8	66,7
1	15,0	15,4	16,7	13,0	0	16,7
2	5,0	7,7	0	13,0	11,1	0
3	5,0	0	0	0	0	5,6
4	20,0	0	16,7	4,3	11,1	11,1
<b>Depresión pre-int.</b>						
0	95,2	100	100	100	88,9	100
1	4,8	0	0	0	11,1	0
<b>Depresión continuo frec.</b>						
0	66,7	73,1	58,3	78,3	66,7	72,2
1	0	0	0	0	0	0
2	0	15,4	8,3	13,0	11,1	11,1
3	9,5	0	0	0	0	5,6
4	23,8	11,5	33,3	8,7	22,2	11,1
<b>Depresión continuo int.</b>						
0	70,0	76,9	58,3	78,3	66,7	72,2
1	10,0	19,2	16,7	8,7	11,1	16,7
2	10,0	3,8	16,7	13,0	11,1	5,6
3	0	0	0	0	0	0
4	10,0	0	8,3	0	11,1	5,6
<b>Preoc. tratamiento</b>						
No	61,9	61,5	50,0	60,9	55,6	72,2
Sí	38,1	38,5	50,0	39,1	44,4	27,8
<b>Preoc. futuro propio</b>						
No	57,1	65,4	50,0	78,3	66,7	66,7
Sí	42,9	34,6	50,0	21,7	33,3	33,3
<b>Preoc. futuro otros</b>						
No	52,4	76,9	75,0	68,2	88,9	83,3
Sí	47,6	23,1	25,0	31,8	11,1	16,7

continuo int. (intensidad ansiedad/depresión a lo largo del tratamiento con QT) 0= nada; 1= poco; 2= moderado; 3= bastante; 4= mucho

continuo frec. (frecuencia ansiedad/depresión a lo largo del tratamiento con QT) 0= nunca; 1= rara vez; 2= algunos días; 3= casi todos los días; 4= a diario

pre-int. (intensidad ansiedad/depresión semana previa a la administración QT) 0= nada; 1= poco; 2= moderado; 3= bastante; 4= mucho

1999; Payne et al., 1999; Osborne, Elsworth, Sprangers, Oort y Hopper, 2004; Burgess et al., 2005; Groenvold et al., 2007). En todo caso, son los pacientes con cáncer de pulmón quienes informan de mayor distress psicológico. Estos datos son también consistentes con los observados por otros autores (Stommel, Kurtz, Kurtz, Given y Given, 2004; Murillo y Pedraza, 2006; Walker, Zona y Fisher, 2006), que han relacionado el malestar psicológico en estos enfermos con la mayor severidad de los síntomas en comparación con otras localizaciones.

Los casos de ansiedad y depresión, según los criterios de clasificación clínica del HAD (Zigmond y Snaith, 1983), también se aproximan a los referidos en la literatura que los cifra en torno al 30%. En los pacientes con cáncer de mama las tasas son ligeramente inferiores a las observadas en otros estudios (Osborne et al., 2004; Burgess et al., 2005; Groenvold et al., 2007; Hill et al., 2010). En los pacientes de cáncer de pulmón, aunque se observaron valores más elevados en la subescala de depresión, el porcentaje de casos clínicos coincide con los descritos por otros autores (Tchekmedyan, Kallich, McDermott, Fayers y Erder, 2003; Carlsen, Jensen, Jacobsen, Krasnik y Johansen, 2005).

Los datos obtenidos tras realizar el ANOVA factorial mixto indicaron un incremento de las náuseas, la fatiga y el cansancio a lo largo del tratamiento, tanto en los pacientes con cáncer de mama como con cáncer de pulmón. Además, aquellos con cáncer de mama refirieron tener vómitos con más intensidad. No obstante, a lo largo del presente estudio se produjo una modificación del protocolo de actuación de los oncólogos en relación a la pauta antiemética que bien podría explicar este resultado. El cruce de los dos factores introducidos en el ANOVA, localización del tumor primario y tiempo, solo se mostró significativo en la frecuencia e intensidad de las alteraciones del sueño durante los ciclos de tratamiento y en la preocupación por el futuro de otros. Lo que reveló que mientras estas condiciones perdían importancia a lo largo del tratamiento con QT para los pacientes con cáncer de pulmón, la ganaban para aquellos con cáncer de mama. Una posible explicación puede encontrarse en el propio contexto sociofamiliar de los pacientes. En concreto, en el hecho de que, mayoritariamente, fuesen mujeres, de edad media y con cargas familiares las enfermas con cáncer de mama; mientras que los pacientes con cáncer de pulmón fueron hombres de más avanzada edad y con hijos emancipados o ajenos a su cuidado.

Tabla 3  
Ámbitos de funcionalidad

	Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<b>Actividad laboral</b>						
Sin actividad	68,2	48,1	66,7	52,2	55,6	50,0
No mantiene	31,8	40,7	33,3	30,4	44,4	33,3
Reducida	0	3,7	0	13,0	0	16,7
Mantiene	0	7,4	0	4,3	0	0
<b>Cuidado personal</b>						
Reducida	14,3	15,4	8,3	13,0	11,1	33,3
Mantiene	85,7	84,6	91,7	87,0	88,9	66,7
<b>Doméstica</b>						
No mantiene	19,0	0	16,7	0	11,1	0
Reducida	38,1	46,2	41,7	34,8	44,4	33,3
Mantiene	42,9	53,8	41,7	65,2	44,4	66,7
<b>Ocio</b>						
No mantiene	14,3	3,8	8,3	0	11,1	5,6
Reducida	61,9	42,3	66,7	52,2	66,7	33,3
Mantiene	23,8	53,8	25,0	47,8	22,2	61,1
<b>Relaciones familiares</b>						
Mantiene	100	100	100	100	100	100
<b>Relaciones pareja</b>						
Sin actividad	0	3,8	0	4,3	0	0
No mantiene	0	0	0	0	0	5,6
Mantiene	100	96,2	100	95,7	100	94,5
<b>Relaciones sexuales</b>						
Sin actividad	0	3,8	0	4,3	0	0
No mantiene	0	11,5	0	4,3	0	16,7
Reducida	23,8	26,9	8,3	30,4	0	11,1
Mantiene	76,2	57,7	91,7	60,9	100	72,2
<b>Relaciones con amigos</b>						
No mantiene	4,8	3,8	0	4,3	0	0
Reducida	4,8	0	8,3	0	0	0
Mantiene	90,5	96,2	91,7	95,7	100	100

Al introducir como covariables las puntuaciones obtenidas en el HAD se hizo evidente la limitada repercusión, durante el tratamiento con QT, de las alteraciones emocionales en la sintomatología referida por el paciente. Antes bien, la evolución de los síntomas y preocupaciones durante el tratamiento con QT ha de ponerse, principalmente, en relación con el factor tiempo y localización del tumor primario. Aunque condiciones como la fatiga y las preocupaciones por los otros, en alguna medida, sí han podido verse incrementadas por la ansiedad y la depresión; nuestros resultados muestran que, durante el tratamiento con QT, los síntomas y efectos secundarios que implica la enfermedad y su tratamiento son, en sí mismos, los desajustes más relevantes para el paciente. En este punto, las discrepancias con otros trabajos que sí han señalado a la ansiedad y depresión como predictores de la evolución clínica de los enfermos oncológicos podrían explicarse por la fase de la enfermedad en la que se encontraban los participantes. Mientras que otros estudios han utilizado muestras que incluían pacientes en distintas fases de la enfermedad y tratamiento (Stommel et al., 2004; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, 2006; Groenvold et al., 2007), éste se ha restringido al momento de tratamiento con QT.

En consecuencia, debe ponderarse la relevancia psicopatológica de las alteraciones emocionales referidas por los pacientes en

este momento de la enfermedad, especialmente por las implicaciones terapéuticas que se derivarían. Algunos autores consideran que en pacientes oncológicos es importante evitar los falsos negativos y mantener un umbral diagnóstico bajo, asumiendo que, incluso en pacientes con depresiones subsindrómicas, las intervenciones psicoterapéuticas mejoran la calidad de vida (Evans, McCartney y Haggerty, 1988). Otros, sin embargo, llegan a sugerir problemas éticos en la rutina de detectar disstress psicológico cuando no se puede ofrecer una intervención apropiada y eficaz (Payne et al., 1999; Skarstein et al., 2000). Probablemente, durante el tratamiento con QT, para aquellos pacientes que no pueden considerarse inicialmente casos clínicos, se sugiere que lo más eficiente sería una intervención encaminada a mantener sus rutinas y, en particular, aquellas actividades que resulten valiosas para el sujeto (Carlson, Gro, Maciejewski y Bultz, 2010; Fernández et al., 2010). Evitar la progresiva inhibición de las actividades que se observa en el enfermo oncológico durante el tratamiento y, en consecuencia, la pérdida de las gratificaciones cotidianas, podría contribuir también a reducir la prevalencia de la depresión que se constata en esta población a lo largo de las distintas fases de la enfermedad. Es evidente que esto no supone ignorar las limitaciones objetivas derivadas de la enfermedad y tratamiento ni la necesidad de una mayor atención médica a los síntomas derivados de la QT. Por úl-

Tabla 4  
Casos clínicos de ansiedad y depresión. HAD (Zigmond y Snaith (1983))

CASOS								
	Pre-tratamiento		Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
HAD-A	27,3	14,8	15,8	13,8	23,1	9,5	11,1	13,3
HAD-D	21,2	0	11,8	4,0	23,1	4,8	11,1	7,1
CASOS DUDOSOS								
	Pre-tratamiento		Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
HAD-A	9,1	2,2	5,3	7,7	7,7	9,5	11,1	13,3
HAD-D	12,1	7,1	0	8,0	7,7	4,8	11,1	0
NO CASOS								
	Pre-tratamiento		Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
HAD-A	63,6	63,0	78,9	76,9	69,2	81,0	77,8	73,3
HAD-D	66,7	92,9	88,2	88,0	69,2	90,5	77,8	92,9
M / SD								
	Pre-tratamiento		Final 1º ciclo QT		Final 2º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)
HAD-A	6,6 (4,9)	6,3 (4,4)	4,2 (4,2)	5,6 (5,4)	5,3 (5,7)	4,6 (4,3)	3,8 (4,3)	4,0 (4,3)
HAD-D	5,4 (5,1)	2,4 (2,6)	4,4 (4,9)	2,2 (3,1)	6,5 (7,4)	2,2 (3,4)	4,2 (5,5)	2,8 (3,6)
HAD-T	11,9 (9,2)	8,6 (6,4)	8,0 (7,9)	7,3 (7,3)	11,8(12,8)	6,8 (6,4)	8,0 (9,3)	7,0 (6,5)

timo, señalar que los resultados de este estudio son coincidentes con investigaciones previas (Fernández et al., 2006; Padierna et al., 2004), que, aun asumiendo que la enfermedad y el tratamiento oncológico no conllevan por sí mismos trastornos psicológicos, las tasas de prevalencia observadas en los distintos momentos de la enfermedad han de ponerse en relación con los síntomas físicos y

cambios funcionales, aunque no existan evidencias concluyentes del sentido de esta relación.

#### Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en el marco I+D+I (Ref.: PSI2009-09601).

#### Referencias

- Aaronson, N.K., Bullinger, M., y Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, *111*, 231-249.
- Barreto, M.P., Capafons, A., e Ibáñez, E. (1987). ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer? *Boletín de Psicología*, *14*, 125-146.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., y Ramírez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*, *330*, 702.
- Carlsen, K., Jensen, A.B., Jacobsen, E., Krasnik, M., y Johansen, C. (2005). Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer*, *47*, 293-300.
- Carlson, L.E., Gro, S.L., Maciejewski, O., y Bultz, B.D. (2010). Screening for distress in lung and breast cancer Outpatients: A randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20940193>.
- Chen, M.L., y Chang, H.K. (2004). Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative Medicine*, *18*, 712-718.
- Ciamarella, A., y Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*, *10*, 156-165.
- Cunningham, A.J., Edmonds, C.V., Jenkins, G.P., Pollack, H., Lockwood, G.A., y Warr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology*, *7*, 508-517.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y., y Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology*, *15*, 398-406.
- Evans, D.L., McCartney, C.F., y Haggersty, J.J. (1988). Treatment of depression in cancer patients associated with better life adaptation: A pilot study. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 72-76.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Hyun, Ch.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L., y Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric interventions, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 681-689.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J.M., Fernández, R., y Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes oncológicos. *Anales de Psicología*, *27*, 278-291.
- Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Gracia, J.M., Fernández, R., y Peláez, I. (2006). Calidad de vida informada en pacientes oncológicos paliativos. *Index de Enfermería*, *52*, 30-34.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stantoni, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., y Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, *96*, 376-387.
- Gil, F., Costa, G., Pérez, F.J., Salamero, M., Sánchez, N., y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica (Barc)*, *130*(3), 90-92.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundley, M., Chochinov, H.M., Navarro, M., Speca, M., y Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, *345*, 1719-1726.
- Groenvold, M., Petersen, M.A., Idler, E., Bjorner, J.B., Fayers, P.M., y Mouridsen, H.T. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatments*, *105*, 209-219.
- Helgeson, V., y Tomich, P.L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology*, *14*, 307-317.
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, MR., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S., y Salmon, P. (2010). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med.*, *14*, 1-8.
- Karnofsky, D.A., Abelman, W.H., Craver, L.F., y Burchenal, J.H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, *1*, 634-656.
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M., y Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, *18*, 558-563.
- Meyerowitz, B. (1981). The impact of mastectomy on the lives of women. *Professional Psychology*, *12*, 118-127.
- Mor, V., Laliberte, L., y Morris, J.N. (1984). The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, *52*, 2002-2007.
- Murillo, M., y Pedraza, J.D. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, *3*(2-3), 377-392.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Sprangers, M.A., Oort, F.J., y Hopper, J.L. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, *13*, 191, 206.
- Padierna, C. (2003). *Estudio de la calidad de vida en pacientes de la población oncológica de Asturias*. Tesis doctoral no publicada.
- Padierna, C., Fernández, C., Amigo, I., Gracia, J.M., Fernández, R., Peláez, I., y Pérez, M. (2004). Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, *1*, 191-204.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M., y Massie, M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and Medical Oncology gear up for managed care. Psychooncology*, *40*(1), 64-69.
- Rodgers, J., Martin, C.R., Morse, R.C., Kendell, K., y Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*, 41-44.
- SESPA (2008). Portal salud. Informes epidemiológicos cáncer en Asturias. <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/>
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S.D., Skovlund, E., y Dahl, A.A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*, 27-34.
- Spiegel, D.J., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, *2*, 888-891.
- Stommel, M., Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., y Given, B.A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology*, *23*(6), 564-573.
- Walker, M.S., Zona, D.M., y Fisher, E.B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology*, *15*(8), 684-693.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, *67*, 361-368.