

**Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments
Psicològics**

**Programa de doctorado 295-D Psicología de la
Personalidad. Intervención en áreas clínicas y sociales**



**EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES
PSICOLÓGICAS Y DE LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL
LOCALIZADO**

TESIS DOCTORAL

**Presentada por:
Ascensión Bellver Pérez**

**Dirigida por:
Dr. Gonzalo Almerich Cerveró
Dr. Jorge Aparicio Urtasun
Dr. Antonio Capafons Bonet**

Valencia, 2015

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, por haber sido un estímulo y apoyo constante en el desarrollo de mi profesión y por todo el tiempo que me han dedicado para que pudiera realizar esta tesis. Este ha sido causa de muchas tardes y períodos vacacionales enteros que he tenido que robarles para poder avanzar poco a poco, en el desarrollo de esta investigación.

Quiero agradecer la disponibilidad de realizar la tesis en el Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, donde pude desarrollar el estudio que ha desembocado en mi tesis doctoral. Quiero agradecer, además, al personal médico, en especial al Dr. Jorge Aparicio, residentes y el personal sanitario que en todo momento facilitasen la remisión de pacientes y la recopilación de datos. Por otro lado, también quiero recordar a todos los pacientes y sus familiares que participaron en este estudio, por compartir conmigo esta experiencia.

En tercer lugar quiero agradecer la paciencia y dedicación de mis directores de tesis Dr. Gonzalo Almerich, Dr. Jorge Aparicio y Dr. Antonio Capafons por sus conocimientos y consejos de los que he podido aprender nuevas cosas.

También quiero agradecer a la *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* y a la Dra. Sprangers por su permiso y consentimiento para utilizar el instrumento de medida de calidad de vida QLQ-C30 y el módulo específico QLQ-CR38 en este estudio.

Debería mencionar también a tantas personas de lugares tan diversos no tengo espacio suficiente para escribirles una merecida reseña. Para todos ellos va dedicada mi tesis también. Finalmente, agradezco a todas las personas que forman parte de mi vida y me han ayudado, de una forma u otra, a llegar hasta aquí.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: *American Cancer Society*
ADN: Ácido Desoxidoribonucleico
AJCC: *American Joint Committee on Cancer*
APA: Asociación Norteamericana de Psicología
ASCC: Sociedad Americana para el Control del Cáncer
B.U.P.: Bachillerato Unificado Polivalente
CCR: Cáncer Colorrectal
CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades
C.O.U.: Curso de Orientación Universitaria
CV: Calidad de Vida
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
D: Desesperanza
DSM: *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*
EFPOS: Federación Europea de Sociedades de Psico-Oncología
EL: Espíritu de Lucha
E/N: Evitación/Negación
EORTC: *European Organization for Research and Treatment of Cancer*
EORTC QLQ-C30: *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Quality of Life Questionnaire*
ESPO: Sociedad Europea de Psicología Oncológica
EVA: Escala Analógica Visual
F: Fatalismo
FA: ácido folínico
FE: Funcionamiento Emocional
FU: 5-fluorouracilo
HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
HADS-A: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Subescala ansiedad.
HADS-D: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Subescala depresión.
HRQOL: Calidad de vida relacionada con la salud, con sus siglas en inglés.
IARC: *International Agency Research Cancer*
IMC: Índice de Masa Corporal
INE: Instituto Nacional de Estadística
IPOS: Sociedad Internacional de Psico-Oncología, con sus siglas en inglés.
M.A.C.: Escala Ajuste Mental al Cáncer
OMS: Organización Mundial de la Salud
PA: Preocupación ansiosa
P.A.E.: Precisa pauta antiemética

Port-A-Cath: colocación de un catéter

QT: Quimioterapia

RAB: Resección Anterior Baja

RAP: Resección Abdominoperineal

RT: Radioterapia

SCI: Science Citation Index Expanded

SEPO: Sociedad Española de Psico-Oncología

TAC: Tomografía

TNM: tamaño del tumor, ganglios afectos y presencia o no de metástasis

UICC: Unión Internacional Contra el Cáncer

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	11
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Fundamentos Biológicos del Cáncer Colorrectal	18
2.1.1. Epidemiología	18
2.1.2. Etiopatogenia	18
2.1.3. Clínica y diagnóstico	19
2.1.4. Anatomía patológica.....	20
2.1.5. Tratamiento.....	25
2.1.6. Protocolo terapéutico en Hospital La Fe	27
2.2. La Psico-Oncología	31
2.3. Calidad de Vida.....	38
2.3.1. Definición de la calidad de vida relacionada con la salud....	38
2.3.2. Evolución de la calidad de vida en cáncer.....	44
2.3.3. Finalidad de la medición de la calidad de vida en cáncer	47
2.3.4. Instrumentos de medida de la calidad de vida en pacientes con cáncer.....	51
2.3.5. El desarrollo del instrumento de medida de calidad de vida del grupo de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC).....	57
2.3.6. El desarrollo de los módulos que complementan al QLQ-C30 en la EORTC.	61
2.3.7. Estudios de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal	63
2.3.8. Estudios de calidad de vida y factores psicosociales en la cirugía del cáncer colorrectal.....	72
2.4. Las Estrategias de Afrontamiento Psicológico	83
2.4.1. Efectividad de las estrategias de afrontamiento en las enfermedades	86
2.4.2. Cáncer y Afrontamiento: Modelos Teóricos.....	87
2.4.3. Estrategias de afrontamiento en muestras de pacientes con cáncer.....	93

2.5. Alteraciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer	98
2.5.1. Alteraciones emocionales y malestar psicológico en pacientes con cáncer colorrectal.....	103
2.5.2. Predictores de malestar psicológico después de un cáncer colorrectal.....	107
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	109
4. MÉTODO	115
4.1. Diseño Investigación.....	115
4.2. Participantes	116
4.3. Instrumentos de Evaluación	118
4.4. Procedimiento.....	128
4.5. Análisis Estadísticos.....	130
5. RESULTADOS	133
5.1. Evolución de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida en Función del Tipo de Tratamiento Médico.....	133
5.2. Evolución de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida en Función del Sexo, Edad y Tipo de Cirugía.....	145
5.3. Relaciones de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida.....	255
5.4. Predicción de la Calidad de Vida en Función de Variables Médicas, Psicológicas y Subescalas de Calidad de Vida.....	269
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	271
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	289
ANEXOS	323

1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Actualmente, en los países desarrollados y en la mayoría del mundo industrializado, el cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud siendo una de las enfermedades más prevalentes. El aumento del promedio de vida, la industrialización y los estilos de vida poco saludables (consumo de tabaco y alcohol, alimentación incorrecta, sedentarismo, obesidad...) así como la exposición a carcinógenos ambientales y agentes infecciosos, que se dan en los países industrializados, son algunos de los factores claves en el crecimiento de la enfermedad.

Los datos provenientes de diferentes organismos públicos y privados demuestran que la incidencia del cáncer en los países se ha incrementado. De esta forma, en España los tumores, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 31 de enero de 2014, fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos responsables de 27.5% de cada 100 defunciones. La primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (30.3%) y la tercera posición la ocupan las enfermedades del sistema respiratorio (11.7%). Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296.3 fallecidos por cada 100.000 habitantes) y la segunda causa en mujeres (con 180.0). Asimismo, a partir del informe GLOBOCAN 2012 (2012) de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (*International Agency Research Cancer, IARC*) –organismo especializado para el cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- aporta datos sobre la incidencia del cáncer a nivel mundial y también en particular para España. Los datos se corresponden con el año 2012, los cuales son los más actualizados, considerando una población de 46.771.000 habitantes. Según el informe, los datos de incidencia del cáncer en España en 2012 eran de 215.534 casos (alrededor de 2/3 partes en pacientes ≥ 65 años), con una tasa estandarizada por edad de 215.5 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25.1%. La predicción para 2015 es de 227.076 casos, con un crecimiento de nuevos casos que se produce en mayor medida a costa de la población ≥ 65 años.

La tendencia de la incidencia del cáncer en España se ha incrementado lentamente a lo largo de los años, pero en las últimas dos décadas se ha estabilizado. El incremen-

to en la incidencia podría explicarse por el crecimiento de la población y su envejecimiento. Afortunadamente, la mortalidad en España debida a esta enfermedad ha disminuido a partir de los años 90, encontrándose en tasas similares a las de los países más desarrollados (Ferlay et al., 2012). La disminución en mortalidad puede explicarse por los avances en diagnóstico precoz y en terapias más eficaces. En hombres, la incidencia de cáncer en España en 2012 se encuentra entre las más altas respecto del resto del mundo (similar al resto de los países más desarrollados, y superior a la tasa mundial). En mujeres, la incidencia de cáncer en España en 2012 es algo superior a la tasa mundial y algo inferior a la tasa de los países más desarrollados, y la tasa de mortalidad en mujeres en 2012 era similar a la del mundo y a la de los países más desarrollados (Ferlay et al., 2012).

La estimación en España sobre incidencia y mortalidad (Ferlay et al., 2012) describen que los tumores más frecuentes teniendo en cuenta ambos sexos, con una previsión a 5 años, el cáncer con una mayor incidencia es el colorrectal (15%), y el que produce una más alta mortalidad es el cáncer de pulmón (20.6%) seguido por el cáncer colorrectal (14.3%). En los estudios sobre prevalencia, el que tiene mayor prevalencia a 5 años es el cáncer de mama (17.9%), seguido del de próstata (17.6%) y en tercer lugar el cáncer colorrectal (15.4%) (Bray, Ren, Masuyer, y Ferlay, 2013). A nivel mundial, el cáncer con mayor incidencia es el de pulmón (13%), el de mayor mortalidad continua siendo el de pulmón (19.4%) (Ferlay et al., 2012) y el cáncer de mama es el que presenta la mayor prevalencia a 5 años (19.2%) (Bray et al., 2013). Por lo tanto, son datos similares a los observados en nuestro país.

Los cánceres más frecuentes en España en 2012, en el caso de los hombres es el cáncer colorrectal que ocupa el tercer lugar después del próstata y el de pulmón, y en el caso de las mujeres el cáncer colorrectal estaría en segunda posición tras el cáncer de mama, pero pasa a la primera posición si se toman ambos sexos conjuntamente (Ferlay et al., 2012) como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1
*Cinco localizaciones de cáncer más frecuente en España en 2012
(según total de nº de casos, siguiendo orden decreciente)*

	Hombre	Mujer	Ambos Sexos
1º	Próstata	Mama	Colorrectal
2º	Pulmón	Colorrectal	Próstata
3º	Colorrectal	Cuerpo Útero	Pulmón
4º	Vejiga	Pulmón	Mama
5º	Estómago	Ovario	Vejiga

El cáncer colorrectal en nuestro medio representa uno de los mayores problemas de salud, llegando a constituir la primera neoplasia en frecuencia, si se consideran juntos los datos de ambos sexos. La incidencia de cáncer colorrectal en España es de unos 19.000 casos nuevos por año, y se estima que una de cada 20 personas padecerá esta neoplasia a lo largo de su vida. La edad media de presentación se sitúa en torno a los 60 años, con un discreto predominio de casos del sexo masculino. El envejecimiento se asocia con el desarrollo de esta enfermedad, de forma que la incidencia se incrementa progresivamente desde los 40 años, con una afectación máxima a partir de los 65 años (Midgley y Kerr, 1999).

Su pronóstico es desfavorable, con una probabilidad de supervivencia global a largo plazo del 50%. El principal factor pronóstico es el estadio clínico en el momento de la cirugía. Por ello, en los últimos años se han desarrollado diversos programas de tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Estos han demostrado un beneficio modesto, aunque significativo, en la supervivencia de los pacientes (Bleiberg, Rougier, y Wilke, 1998). Un 70% de estos tumores son de localización proximal (colon), mientras que el resto son distales (recto). Esta distinción tiene gran importancia clínica ya que, mientras los primeros se tratan con cirugía conservadora del esfínter anal (con/sin quimioterapia adyuvante), los segundos pueden requerir una colostomía permanente y generalmente reciben además radioterapia (con/sin quimioterapia). Las implicaciones funcionales y psicológicas en este segundo caso son evidentemente más profundas y puede producir secuelas permanentes, especialmente cuando se asocia con la radioterapia, como impotencia, sequedad vaginal y dolores pélvicos, además de las molestias propias de la presencia de una colostomía (olores y ruidos no controlados, necesidad de cambios frecuentes de bolsa, etc.) y cambios de imagen corporal (Díaz-Rubio, 1998).

La toxicidad y síntomas relacionados con el tratamiento son parámetros de continuo estudio, conociéndose que la quimioterapia y radioterapia en los pacientes con cáncer colorrectal puede producir efectos secundarios inmediatos (Ooi, Tjandra, y Green, 1999). Los puntos esenciales en la comparación de los procesos clínicos en cáncer son la respuesta del tumor, la supervivencia y/o el tiempo de progresión de la enfermedad y la toxicidad del tratamiento. En tanto que estos parámetros permanecen esenciales, hay un incremento progresivo en el reconocimiento de la necesidad de medir el impacto del cáncer y sus tratamientos en la calidad de vida de los pacientes (Sprangers, 1999).

A la luz del creciente número de supervivientes en cáncer colorrectal se vuelve cada vez más importante la investigación de calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida se ha convertido en una variable importante de resultado además de la supervivencia. A pesar de la importancia de la evaluación de la calidad de vida, no

existe una definición estándar aceptada por todos los especialistas. Se define comúnmente como un concepto multidimensional que incluye al menos las dimensiones de funcionamiento físico, emocional y social. En los últimos años, se han llevado a cabo un número cada vez mayor de estudios sobre la calidad de vida de los supervivientes de cáncer, pero la mayoría de ellos se realizaron a corto plazo, valorando los efectos del tratamiento, en particular, el impacto directo del tratamiento durante los primeros meses después del diagnóstico (Smith-Gagen et al., 2009; Wilson, Alexander, y Kind, 2006).

Cuando se pretende conocer la repercusión del diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal en la calidad de vida de los pacientes, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que engloba este constructo, hay otras mediciones adicionales relevantes y específicas de estos enfermos, que en cierta medida dependen de las dimensiones funcionales que se ven afectadas por la enfermedad y el tratamiento (por ejemplo: la imagen corporal, el funcionamiento sexual en pacientes con colostomía, autoestima, etc.). Hay un elevado porcentaje de pacientes con cáncer colorrectal que al año después de la cirugía, han visto reducida su calidad de vida (Sprangers, 1999).

En el funcionamiento físico, los pacientes se ven afectados por frecuentes o irregulares movimientos del intestino, diarrea, flato o gases, problemas urinarios y estreñimiento. Los estudios generalmente comparan el funcionamiento físico y los síntomas específicos entre los pacientes con intervención quirúrgica de colostomía y los pacientes sin ella. Se relaciona los pacientes con colostomía con más problemas de gases y dificultades urinarias, sin embargo los pacientes sin colostomía sufren más estreñimiento. La función del intestino usualmente se regula de 6 meses a 1 año después de la cirugía, ambos grupos sufren movimientos frecuentes del intestino a lo largo del día o la noche, sin embargo no hay diferencias claras en los dos grupos. Esto repercute en la calidad de vida de los pacientes, que en ocasiones se recluyen en casa. Problemas adicionales asociados con la presencia de colostomía incluyen: escape o goteo, accidente de la bolsa o derrame, olor y complicaciones en el orificio (Sprangers, Taal, Aaronson, y te Velde, 1995).

Algunos estudios de investigación han incidido en la prevalencia de las alteraciones psicológicas en diferentes grupos de pacientes con cáncer colorrectal. Los pacientes ven alterados su estado emocional y su imagen corporal. Las alteraciones psicológicas que más se reflejan en pacientes colostomizados son la depresión, aislamiento, pensamientos de suicidio, sentimientos de estigma y baja autoestima, encontrándose diferencias significativas con el grupo de pacientes no colostomizados. La prevalencia de ciertos problemas como ansiedad, sentimientos de malestar y desesperanza son también más altos en pacientes colostomizados. En general, el funcionamiento psico-

lógico en mujeres jóvenes se ve más perjudicado que en hombres mayores. Adicionalmente, la depresión inicial es más alta en mujeres jóvenes con colostomía (Sprangers, te Velde, Aaronson, Babs, y Taal, 1993).

En definitiva, la necesidad de este trabajo de investigación se justifica por la elevada frecuencia que presenta esta enfermedad y por la ausencia de estudios descriptivos y prospectivos de la repercusión del tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal en nuestro medio.

Con esta investigación, realizada en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, se pretende obtener un mayor conocimiento sobre cómo el cáncer colorrectal tiene un impacto directo sobre las diferentes áreas de funcionamiento de la persona. La investigación en estos aspectos de la calidad de vida, permitirá delimitar con mayor precisión las áreas psicosociales más afectadas en el caso del paciente con cáncer colorrectal, así como aportar información a los profesionales de la salud acerca del impacto de los tratamientos administrados. Una evaluación de las diferentes áreas en el curso del tratamiento del cáncer colorrectal, nos permite conocer qué repercusión tiene sobre las dimensiones de la calidad de vida. Este estudio engloba todos los datos y variables relevantes en investigaciones anteriores para poder realizar comparaciones entre los grupos de tratamiento quirúrgico y oncológico en pacientes con cáncer colorrectal en población española. Se pretende analizar de forma exclusiva esta patología recogiendo las necesidades, problemáticas psicológicas y los cambios en calidad de vida más significativos para estos pacientes.

2. MARCO TEÓRICO

En el marco teórico se describirán los fundamentos biológicos y médicos de cáncer colorrectal localizado, relatando las principales características médicas de la epidemiología, etiopatogenia, diagnóstico, clasificación y tratamientos quirúrgicos y farmacológicos.

La psicología aplicada al área médica de la oncología ha ido definiéndose y evolucionando en su desarrollo histórico desde 1973 en paralelo a la oncología, ampliándose los campos de investigación y estudio hasta la actualidad. Una de las áreas que más desarrollo e investigación ha generado es la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer en las distintas dimensiones (física, psicológica, social, laboral, sexual, espiritual, etc.). Además de definir los diferentes conceptos de calidad de vida, describimos la finalidad de la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer y relatamos los diferentes instrumentos de evaluación de calidad de vida relacionados con la salud; el punto clave será, por tanto, la creación de instrumentos objetivos para la medición de tales dimensiones, instrumentos como el desarrollado por el grupo de la calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. En esta tesis, se presenta una revisión bibliográfica que incluye estudios cuyo objetivo es valorar la calidad de vida relacionada con el cáncer colorrectal, objeto también de nuestra investigación.

En esta parte teórica se incluyen el marco teórico de los diferentes modelos de procesos adaptativos y afrontamiento a la enfermedad por parte de los pacientes y sus familiares. Las estrategias deben desarrollarse para que se pueda adaptar a la enfermedad y sus secuelas. El conocer qué conjunto de estrategias utilizan los pacientes para adaptarse a la enfermedad y las condiciones y los factores que facilitan el éxito del afrontamiento. Esta parte se complementa con la revisión de estudios en pacientes con cáncer, y de manera más concreta, con pacientes con cáncer colorrectal.

Además, en la revisión bibliográfica se hace una descripción de los estudios realizados para describir las reacciones psicológicas de los enfermos con cáncer colorrectal.

2.1. Fundamentos Biológicos del Cáncer Colorrectal

2.1.1. Epidemiología

El cáncer colorrectal representa hoy en día un problema sanitario de primer orden en los países desarrollados. Constituye la primera neoplasia maligna en incidencia, como ya se ha indicado, sólo superada por los carcinomas de próstata y pulmón en el varón y de mama en la mujer. Se sitúa, así mismo, como la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental, con un 18% de los fallecimientos por tumores malignos (Parker, Tong, Bolden, y Wingo, 1996). Además, por causas no completamente aclaradas, esta frecuencia se incrementa cada año.

En España se diagnostican unos 19.000 casos nuevos de cáncer colorrectal por año y se estima que una de cada 20 personas padecerá esta neoplasia a lo largo de su vida. Actualmente la incidencia se cifra en 10-15 casos por cada 100.000 habitantes. En nuestro país las tasas de mortalidad estandarizada pasaron, entre 1951 y 1985, de 5.62 a 12.89 casos/100.000 habitantes/año en el hombre y de 3.38 a 12.28 casos/100.00 habitantes/año en la mujer. Este aumento se apreció fundamentalmente en las décadas de los años 50 y 60 (Bolumar, Vioque, y Cayuela, 1991). Así, en el año 2000 fallecieron en España 10.952 pacientes por esta causa (Ortiz, 2003).

La edad media en que suele presentarse la enfermedad se sitúa en torno a los 60 años, con un discreto predominio de casos en el sexo masculino. El envejecimiento se asocia con el desarrollo de esta enfermedad, de forma que la incidencia se incrementa progresivamente desde los 40 años, con una afectación máxima a partir de los 65 años (Midgley y Kerr, 1999).

2.1.2. Etiopatogenia

El cáncer colorrectal es más común en Norteamérica, Australia y Europa, donde predominan los tumores de localización izquierda o distal. Por el contrario, es infrecuente en Sudamérica, Asia y África, países en los que es más habitual la localización derecha o proximal. El riesgo de esta neoplasia aumenta en poblaciones que migran desde áreas con bajo riesgo a áreas de alto riesgo. Ello, unido a la diferente incidencia entre poblaciones que viven en áreas geográficas cercanas pero con diferentes estilos de vida, apoya de forma contundente el papel etiológico de los factores ambientales. Entre los factores estudiados, el único claramente implicado es la dieta (Tabernero, Navarro, González, y Costero, 2010).

Varios estudios epidemiológicos y de casos-controles han mostrado que las dietas ricas en grasas predisponen a esta enfermedad, particularmente las grasas poliin-

saturadas de origen animal. Por el contrario, se ha podido comprobar el papel protector que desempeña la fibra presente en la dieta. Entre los fármacos, se ha sugerido un efecto beneficioso (disminución de la incidencia) de los antiinflamatorios no esteroideos (aspirina) a dosis bajas y mantenidas.

En las últimas décadas se ha descubierto que esta neoplasia se desarrolla a lo largo de varios años como resultado de la interacción entre factores ambientales sobre una predisposición genética. Se sabe que el cáncer colorrectal surge como consecuencia de la acumulación de diversas alteraciones genéticas, que pueden ser de tres tipos: protooncogenes (K-ras), genes supresores (APC, DCC, p53) y genes reparadores del ADN (hMSH2 y hMLH1). Los dos primeros tipos se asocian al cáncer de colon esporádico (sin antecedentes de esta neoplasia en los familiares de primer grado) y a la poliposis adenomatosa familiar (gen APC), mientras que el tercero se relaciona con el cáncer colorrectal hereditario no asociado a la poliposis (Lynch y de la Chapelle, 2003).

2.1.3. Clínica y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas son larvadas y dependen fundamentalmente de la localización del tumor. Las neoplasias del colon derecho suelen producir anemia microcítica, dolor abdominal o masas palpables, mientras que las del colon izquierdo provocan síntomas obstructivos (estreñimiento, vómitos) y hematoquecia. Los tumores más distales (recto) suelen provocar dolor, tenesmo rectal y rectorragia. Debe sospecharse un cáncer colorrectal en todo paciente mayor de 40 años con anemia microcítica, hematoquecia o rectorragia.

Un 70% de estos tumores son de localización proximal (colon), mientras que el resto son distales (recto). Su separación anatómica viene determinada por la reflexión peritoneal que, endoscópicamente, se sitúa a unos 12-15 cm del margen anal. Los primeros suelen diseminarse a los ganglios regionales, cavidad peritoneal e hígado, mientras que los segundos tienen tendencia a la recidiva local (pélvica) y al desarrollo de metástasis pulmonares y hepáticas. Esta distinción tiene una gran importancia clínica ya que, mientras los tumores de colon se tratan con cirugía conservadora del esfínter anal (con/sin quimioterapia adyuvante), los de recto pueden requerir una colostomía permanente y generalmente reciben también radioterapia (con/sin quimioterapia). Las implicaciones funcionales y psicológicas en este segundo caso son evidentemente más profundas (Díaz-Rubio, 1998). Globalmente, el pronóstico de los pacientes con cáncer de recto es más desfavorable.

El diagnóstico de cáncer colorrectal se basa en la sospecha clínica. Aunque la realización de un enema opaco puede resultar orientadora, el diagnóstico de certeza se

basa en la práctica de una colonoscopia completa con biopsia de las lesiones. Antes de proceder al tratamiento, se precisa un estudio de extensión básico que incluye hemograma, bioquímica, determinación sérica de marcadores tumorales (CEA, CA 19.9), radiología de tórax y ecografía hepática. Estos últimos suelen sustituirse por una TAC toracoabdominopélvica si existe sospecha de enfermedad diseminada. En el cáncer de recto cobra relevancia el estudio preoperatorio locoregional con ecografía endorrectal, TAC pélvico y, más recientemente, resonancia magnética pélvica (Romero et al., 1999).

2.1.4. Anatomía patológica

La descripción anatomopatológica de la pieza y los datos del protocolo quirúrgico son indispensables para clasificar por estadios, determinar el pronóstico e indicar o no un tratamiento adyuvante. En el diagnóstico final deben incluirse los siguientes datos sobre:

- 1) Localización anatómica.
- 2) Tipo de neoplasia: patrón histológico y grado de diferenciación.
- 3) Tamaño de la neoplasia.
- 4) Grado de infiltración de la pared y otras estructuras (órganos adyacentes, invasión vascular y perineural).
- 5) Número y localización de los ganglios metastáticos sobre el total de ganglios aislados.
- 6) Estado de los límites de resección distales y laterales (recto).
- 7) Presencia de metástasis en los órganos biopsiados (hígado, peritoneo).

A continuación desglosamos las variables indicadas:

- 1) En la tabla 2 se muestran las localizaciones anatómicas:

Tabla 2
Localizaciones anatómicas según CIE-O

COLON	CIE-O
1. Apéndice	153.5
2. Ciego	153.4
3. Colon ascendente	153.6
4. Angulo hepático	153.0
5. Colon transversal	153.1
6. Angulo esplénico	153.7
7. Colon descendente	153.2
8. Colon sigmoide	153.3
RECTO	CIE-O
1. Unión rectosigmoidea	154.0
2. Recto	154.1

2) Tipo de neoplasia: patrón histológico y grado de diferenciación.

En la tabla 3 se muestran los tipos histológicos. Dentro de la clasificación de la OMS para los tumores malignos primitivos de intestino grueso, sólo se incluyen en este diagnóstico las neoplasias epiteliales:

Tabla 3
Tipos histológicos

	Frecuencia	Pronóstico
Adenocarcinoma	95%	convencional
Adenocarcinoma mucinoso o coloide	10%	malo
Adenocarcinoma de céls. en anillo de sello	4% de adenoca mucinosos	muy malo
Carcinoma de céls. escamosas	excepcional	
Carcinoma adenoescamoso o adenoacantoma	excepcional	
Carcinoma indiferenciado simple, medular o trabecular		
Carcinoma no clasificado		

Nota. Adenoca= adenocacinoma

Grados histológicos o de diferenciación:

Existen diversos sistemas de clasificación, aunque la mayoría de ellos se basan en las características microscópicas (grado de formación de glándulas). Sólo se aplican en los adenocarcinomas. La mayoría de autores acepta un sistema de 3-4 grados:

Grado I: Bien diferenciado (túbulos bien formados, escasas mitosis y pleomorfismo nuclear).

Grado II: Moderadamente diferenciado (intermedio). Es el más frecuente.

Grado III: Poco diferenciado, anaplásico (sólo ocasionales estructuras glandulares, células pleomórficas y frecuentes mitosis).

El grado histológico es un factor pronóstico independiente, siendo los tumores de alto grado de peor pronóstico.

Clasificación por Estadios Patológicos

El estadio postquirúrgico es el principal factor pronóstico en el cáncer colorectal. Ningún sistema de estadios clínico o prequirúrgico ha demostrado una utilidad similar. El sistema más extendido era la clasificación de Astler-Coller Modificada (MAC) por Gunderson-Sosin (1978), aunque en los últimos años se ha adoptado la clasificación del tamaño del tumor, ganglios afectos y presencia o no de metástasis (TNM) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) / Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Es recomendable conocer ambas. Cuando se utilice la ecografía endorrectal puede emplearse la misma clasificación TNM para determinar el estadio clínico (se añade el prefijo “u”).

Clasificación MAC por Gunderson-Sosin (1978)

Estadio A: tumor limitado a la mucosa. Ganglios negativos.

Estadio B1: tumor extendido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular, pero dentro de la pared intestinal. Ganglios negativos.

Estadio B2m (m-microscópico): extensión microscópica a través de toda la pared intestinal (incluyendo la capa serosa si está presente o la grasa pericólica). Ganglios negativos.

Estadio B2M (M-macroscópico): extensión macroscópica tumor exteriorizado a través de toda la pared intestinal (incluyendo la capa serosa si está presente o la grasa pericólica) con confirmación microscópica. Ganglios negativos.

Estadio B3: tumor adherente o invasión a los órganos adyacentes u otras estructuras (se incluyen adhesiones firmes a paredes pelvianas, al sacro o al peritoneo parietal). Ganglios negativos.

Estadio C1: lesión limitada dentro de la pared intestinal. Ganglios afectos.

Estadio C2m (m-microscópico): extensión microscópica a través de toda la pared intestinal. Ganglios afectos.

Estadio C2M (M-macroscópico): extensión macroscópica a través de toda la pared intestinal (tumor exteriorizado) con confirmación microscópica. Ganglios afectos.

Estadio C3: tumor adherente o invasión de estructuras u órganos adyacentes. Ganglios afectos.

Estadio D: metástasis a distancia, incluido hígado o peritoneo. La invasión del peritoneo parietal por contigüidad se interpretará como B3 o C3.

Clasificación TNM (+Gr) de ja AJCC/UICC (5ª EDICION, 1997)

Tumor Primario (T)

TX: El tumor primario no se puede determinar.

T0: No hay evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ.

T1: El tumor infiltra la submucosa.

T2: El tumor infiltra la muscularis propia.

T3: El tumor infiltra a través de la muscularis propia hasta la subserosa o hasta los tejidos pericólicos o perirrectales no peritonealizados.

T4: El tumor perfora el peritoneo visceral o invade directamente otros órganos o estructuras.

Debe indicarse, que la invasión directa en T4 incluye la invasión de otros segmentos del colonrecto a través de la serosa, por ejemplo invasión del colon sigmoide por un carcinoma de ciego.

Ganglios regionales (N)

NX: Los ganglios regionales no se pueden determinar.

N0: No hay metástasis ganglionares regionales.

N1: Metástasis en 1 a 3 ganglios perirrectales o pericólicos.

N2: Metástasis en 4 o más ganglios perirrectales o pericólicos.

Metástasis a distancia (M)

MX: No se pueden determinar.

M0: No hay metástasis a distancia.

M1: Presencia de metástasis a distancia.

Grado histológico (G)

GX: Grado de diferenciación no evaluable.

G1: Adenocarcinoma bien diferenciado.

G2: Moderadamente diferenciado.

G3: Poco diferenciado.

G4: Indiferenciado.

- Registrar si existe componente mucinoso = coloide = anillo de sello.

Radicalidad de la cirugía (R)

RX: No se puede valorar la presencia de tumor residual tras la cirugía.

R0: Ausencia de tumor residual.

R1: Tumor residual microscópico.

R2: Tumor residual macroscópico.

En la tabla 4 se muestran la agrupación por estadios y en la tabla 5 la correlación entre ambas clasificaciones y relación con el pronóstico.

Tabla 4
Agrupación por estadios

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1-T2	N0	M0
Estadio II	T3-T4	N0	M0
Estadio III	Cualquier T	N1-N2	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Nota. Tis= arcinoma in situ.

Tabla 5
Correlación entre ambas clasificaciones y relación con el pronóstico

ESTADIO	MAC	TNM	Supervivencia a 5 años
Estadio I	Estadio A Estadio B1	T1 N0 M0 T2 N0 M0	85-95%
Estadio II	Estadio B2 Estadio B3	T3 N0 M0 T4 N0 M0	60-80%
Estadio III	Estadio C1 Estadio C2 Estadio C3	T2 N1-N2 M0 T3 N1-N2 M0 T4 N1-N2 M0	30-60%
Estadio IV	Estadio D	Cualquier T-N M1	< 5%

2.1.5. Tratamiento

El pronóstico del cáncer colorrectal es desfavorable, como hemos indicado, con una probabilidad de supervivencia global a largo plazo del 50%. El principal factor pronóstico es el estadio clínico en el momento de la cirugía. Por ello, en los últimos años se han desarrollado diversos programas de tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Estos han demostrado un beneficio modesto, aunque significativo, en la supervivencia de los pacientes. Hoy en día se admite la necesidad de aplicar un tratamiento multidisciplinario por parte de un equipo especializado (Bleiberg et al., 1998).

El tratamiento curativo del cáncer colorrectal consiste en la resección quirúrgica completa del tumor, que debe incluir el territorio ganglionar correspondiente. De los casos diagnosticados inicialmente, un 75% son quirúrgicamente operables de entrada. El tipo de operación depende de la localización del tumor y, específicamente, de la distancia del tumor al ano. Las intervenciones habituales son:

- a) Hemicolectomía con anastomosis término-terminal en el cáncer de colon (sólo en casos de obstrucción intestinal aguda pueden precisar de una colostomía temporalmente).
- b) Resección segmentaria (resección anterior) con conservación del esfínter anal en los tumores del sigma y recto superior.
- c) Amputación abdómino-perineal (con colostomía permanente) en los cánceres de recto inferior (a menos de 5 cm. del margen anal).

En los últimos años ha cobrado gran relevancia la especialización de los equipos quirúrgicos, especialmente en las neoplasias de recto. La experiencia del cirujano y la realización de una escisión completa del mesorrecto se han convertido en parámetros de interés fundamental en el pronóstico (MacFarlane, Ryall, y Heald, 1993).

La cirugía del cáncer de recto puede producir secuelas permanentes, especialmente cuando se asocia con la radioterapia: como impotencia, sequedad vaginal y dolores pélvicos, además de las molestias propias de la presencia de una colostomía (olores y ruidos no controlados, necesidad de cambios frecuentes de bolsa, etc.), tal y como hemos ya indicado.

El tratamiento adyuvante quimioterápico y radioterápico en los pacientes diagnosticados de un cáncer colorrectal se administra según el estadio de la enfermedad. Mientras que los pacientes con estadio I no reciben quimioterapia adyuvante, los pacientes con tumores de colon en estadios II y III suelen recibir quimioterapia adyuvan-

te (complementaria o profiláctica) tras la cirugía. Estas recomendaciones son universalmente aceptadas desde 1990 (National Institutes of Health Consensus Conference, 1990), tras la publicación de los primeros estudios con 5-fluorouracilo y levamisol (Moertel et al., 1990; Moertel et al., 1995).

Hasta 2004, el esquema habitual de tratamiento quimioterápico adyuvante era el régimen de la Clínica de Mayo. Incluye 5-fluorouracilo y ácido folínico administrados en bolo durante 5 días consecutivos, en ciclos repetidos cada 28 días, durante 6 meses (O'Connell et al., 1997). Es un tratamiento ambulatorio y económico. Sus principales efectos adversos son la mucositis, disgeusia, diarrea, conjuntivitis, trastornos cutáneos y neutropenia. En los últimos años se ha demostrado que el tratamiento oral con capecitabina es equivalente (con menor toxicidad) y que en los pacientes con estadio III la adición de oxaliplatino mejora los resultados de supervivencia.

Además de la quimioterapia (esquema de la Clínica Mayo o 5-fluorouracilo en infusión continua), los pacientes con cáncer de recto reciben generalmente radioterapia pélvica adyuvante hasta una dosis total de 45 Gy que se administran en sesiones diarias (5 veces por semana) durante 5 semanas (Krook et al., 1991; Medical Research Council Rectal Cancer Working Party, 1996). Esta herramienta terapéutica disminuye la incidencia de recidivas locales. Se asocia a efectos secundarios locales como diarrea, enrojecimiento de la piel y molestias urinarias que suelen ser transitorias (Ooi et al., 1999).

En el cáncer de recto se desarrolló una nueva modalidad de tratamiento: la quimiorradioterapia concomitante neoadyuvante o preoperatoria (Swedish Rectal Cancer Trial, 1997). Esta permite disminuir la toxicidad y reducir el tamaño del tumor, con lo que se mejoran los resultados con respecto al tratamiento postoperatorio y se incrementa el porcentaje de pacientes con cirugía conservadora del esfínter (del Valle et al., 2003; Grann et al., 2001). En el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia entre el año 2000 y 2004 se utilizó quimioterapia oral con UFT (asociado a oxaliplatino) y radioterapia preoperatoria en estos casos, con excelentes resultados (Fernández-Martos et al., 2004).

En pacientes con metástasis a distancia (estadio IV), el tratamiento con quimioterapia es paliativo. Sin embargo, ha demostrado un incremento significativo de la supervivencia y calidad de vida. El descubrimiento reciente de nuevos fármacos activos en esta enfermedad (oxaliplatino, irinotecán, cetuximab y bevacizumab) y el desarrollo de la cirugía hepática han permitido aumentar progresivamente la esperanza de vida de estos pacientes (Köhne y Folprecht, 2004).

2.1.6. Protocolo terapéutico en Hospital La Fe

El protocolo terapéutico que a continuación se describe era el vigente en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia entre los años 2000 y 2004 cuando se realizó la investigación.

Salvo contraindicación quirúrgica formal o estadios terminales, todos los pacientes con cáncer colorrectal deben operarse de entrada (confirmación anatomopatológica y prevención de complicaciones). La única excepción es el cáncer de recto localizado que vaya a recibir tratamiento neoadyuvante.

Debe considerarse siempre la colocación de Port-A-Cath si el paciente va a recibir quimioterapia adyuvante (sobre todo infusiones continuas o tratamientos semanales) y en todos los casos de enfermedad metastásica con buen estado general (previsión de quimioterapia prolongada). Debe considerarse siempre la inclusión en los ensayos clínicos prospectivos que se encuentren en marcha.

En la tabla 6 se muestran las recomendaciones terapéuticas por estadios y en la tabla 7 las técnicas quirúrgicas según la localización del tumor.

Tabla 6
Recomendaciones Terapéuticas por Estadios

Estadio I	Cirugía+Seguimiento (por Sº CIR/Oncología)
Estadio II	
Colon	Cirugía + QT adyuvante si factores de riesgo
Recto	Valoración QT-RT neoadyuvante a Cirugía. QT + RT adyuvantes siempre
Estadio III	
Colon	Cirugía + QT adyuvante
Recto	Valoración QT-RT neoadyuvante a Cirugía. QT + RT adyuvantes

Tabla 7
Técnicas quirúrgicas según la localización del tumor

Ciego-colon ascendente	Hemicolectomía derecha
Angulo hepático	Hemicolectomía derecha extendida
Colon transverso	Colectomía transversa
Angulo esplénico	Colectomía transversa extendida
Colon descendente	Hemicolectomía izquierda
Colon sigmoide	Sigmoidectomía
Rectosigma	Resección anterior
Recto	Resección anterior o amputación abdominoperineal

➤ Cáncer de colon

· Indicaciones de QT adyuvante

- 1) Todos los estadios III.
- 2) Estadios II con algún criterio de riesgo:
 - CEA preoperatorio > 5 ng/ml.
 - Tumores T4.
 - Histología moderadamente o poco diferenciada.
 - Histología coloide o en anillo de sello.
 - Edad < 50 años.
 - Perforación u obstrucción intestinal.

· Esquema de tratamiento

El 5-fluorouracilo y ácido folínico (FU-FA, Esquema de la Clínica Mayo). En este orden, ambos en bolus: ácido levofolínico 10 miligramos por metro cuadrado por vía intravenosa los días 1 a 5 y 5-fluorouracilo, 425 miligramos por metro cuadrado por vía intravenosa los días 1 a 5. No precisa pauta antiemética (P.A.E.). Los ciclos se repiten cada 28 días hasta un total de 6 ciclos.

En pacientes con cardiopatía isquémica, intolerancia a 5-fluorouracilo o déficit conocido de la enzima dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD) se empleará ratitrexed (TOMUDEX 3 mg/m² IV cada 21 días), durante un total de 8 ciclos (6 meses).

➤ Cáncer de recto

Todos los pacientes con cáncer de recto (hasta 15 cm del margen anal) en estadios II (con o sin factores de riesgo) y III deben recibir tratamiento adyuvante combinado con quimioterapia y radioterapia.

Dependiendo del cirujano y de la situación clínica (edad, comorbilidad, reseca-bilidad, etc.), los pacientes pueden operarse de entrada o remitirse para tratamiento neoadyuvante (esta última es la opción recomendada).

A) Con tratamiento preoperatorio:

- Radioterapia pélvica, 45 Gy en 5 semanas (5 sesiones por semana, de lunes a viernes, 1.8 Gy/sesión).
- El tegafur-uracilo (UFT) 400 mg/m² oral repartido en 3 dosis los mismos días que la radioterapia (1-5, 8-12, 15-19, 22-26, 29-33).
- Oxaliplatino 85 mg/m² cada 15 días (1, 15 y 29).

Entre 5 y 7 semanas tras finalizar el tratamiento neoadyuvante se realizará la resección quirúrgica con intención curativa.

A las 4 semanas de la intervención se proseguirá con quimioterapia adyuvante con 4 ciclos del esquema FU-FA (Mayo). Se valorará la posibilidad de prescribir 75% de dosis en pacientes ancianos o con toxicidad significativa previa.

B) Con cirugía de inicio:

En las 4-6 semanas postintervención comenzará el tratamiento con 3 fases.

Los pacientes necesitan la colocación de un catéter (Port-A-Cath) para la administración de la quimioterapia y además para facilitar la extracción de muestras de sangre.

- La primera fase con 2 ciclos de FU-FA (Clínica Mayo) con intervalo habitual de 28 días (días 1-5 y 29-33).

- La segunda fase a los 28 días tras el segundo ciclo comenzará la radioterapia (45 Gy en 5 semanas, 5 sesiones por semana) que se administrará de forma concomitante a una infusión prolongada de 5-fluorouracilo (días 57 a 92) de 225 mg/m²/día durante 5 semanas (se prepararán con infusores o bombas de recambio semanal: 1575 mg/m²/semanal x 5).

Se realizara visita en hospital de día cada semana, los lunes, con analítica y valoración de toxicidad durante esta fase.

En caso de toxicidad digestiva grado 3-4 se suspenderá la infusión de 5-fluorouracilo hasta recuperación de la misma, reiniciando la misma con una reducción de dosis del 25%.

- La tercera fase a los 28 días tras finalizar la parte anterior (si no hay toxicidad) se administrarán 2 ciclos más de FU-FA (Clínica Mayo) (días 120-124 y 148-152).

2.2. La Psico-Oncología

La Psico-Oncología y su Concepción

El término Psico-Oncología –también alguna vez denominada oncología psicosocial, oncología conductual u oncología psiquiátrica (a menudo dependiente de la perspectiva de la disciplina de salud mental)- se ha convertido en la expresión más aceptada en todo el mundo y describe un campo que aborda los aspectos psicológicos, sociales, conductuales y psiquiátricos, cada vez más amplios y diversos relacionados con la prevención del cáncer, la enfermedad oncológica y su tratamiento, además de la supervivencia del paciente a estos procesos.

La psicología oncológica constituye una rama especializada de la Medicina Conductual (Bayés, 1991). A finales de la década de los setenta, al hacer su aparición la Medicina Conductual, se estaba empezando a admitir que: 1) La biomedicina por sí sola es incapaz de resolver los problemas planteados por el tratamiento y prevención de muchas enfermedades y trastornos; 2) Las estrategias de la biomedicina no sólo son ineficaces en muchos aspectos, sino que nos llevan a la quiebra económica; 3) Tanto las enfermedades crónicas como las iatrogénicas implican, en su etiología y desarrollo, importantes factores conductuales; 4) Estos factores conductuales poseen un papel decisivo en la génesis y mantenimiento de muchos trastornos de tipo funcional o adictivo; 5) No sólo es importante efectuar un buen diagnóstico, tanto o más importante es que las prescripciones terapéuticas se cumplan; 6) Aun a riesgo de disgustar a determinados grupos de profesionales, para la sanidad del país es posiblemente más importante la prevención que la asistencia. En esta coyuntura, la oferta de la Medicina Conductual constituye un camino abierto cuyo atractivo, a juicio de Shapiro (1979), reside en los siguientes puntos: primero, en la disponibilidad de técnicas específicas derivadas del análisis conductual, tales como la biorretroalimentación y el condicionamiento, para el control directo la mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad. Segundo, en su dependencia de definiciones y medidas conductuales objetivas y el uso de principios conductuales verificados empíricamente en la investigación sobre la etiología, tratamiento, rehabilitación y prevención. Tercero, en su aplicabilidad, al menos en principio, a todos los trastornos médicos, en lugar de limitarse únicamente a los tradicionalmente definidos como de naturaleza puramente psicofisiológica.

En 1977 tiene lugar la *Yale Conference on Behavioral Medicine*, en la que se hace un primer esfuerzo por acotar el término “Medicina Conductual” propuesto por Birk (1973), llegándose a una definición específica: La Medicina Conductual es el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de la

ciencia comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Por otro lado, la Psicología de la Salud donde se enmarca la Psicología-Oncológica surge en el cambio progresivo desde un modelo de actuación sanitaria centrado en la enfermedad, conceptuada como fenómeno biomédico, a otro centrado en el concepto biopsicosocial de salud. La Psicología de la Salud nace a raíz de la convocatoria por la Asociación Norteamericana de Psicología (APA), en 1973, de un Grupo de Trabajo sobre Investigación en Salud que se encargó de “recoger, organizar y diseminar la información sobre el estado de la investigación en conducta y salud” (APA, 1976, p.270), llegando a la conclusión en su informe final de que, en efecto, hasta ese momento “el interés de los psicólogos hacia el estudio de la enfermedad/salud física no había sido fructífero para actividades de investigación básica y aplicada; ni se habían percibido los potenciales para su trabajo en la mejora del mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedades y la ejecución del cuidado de la salud” (APA, 1976, p.270). Como señalan Rodin y Stone (1987), otra actividad del grupo que tendría gran trascendencia sería para el nacimiento “oficial” de la psicología de la salud sería la reunión anual de la APA en Chicago en 1975, a raíz de esta reunión, bajo los auspicios de la División 18 de la APA (“Psicólogos en el Servicio Público”) se creó en 1975 la “Sección Investigación en Salud” nombre elegido frente al de psicología de la salud que acabaría imponiéndose tiempo después. Gracias al desarrollo de las integraciones que llevaban aparejadas el acceso de los psicólogos al mundo de la clínica, áreas de estudio tales como las relaciones médico-paciente, el crecimiento y desarrollo humanos en su relación con la salud y las reacciones psicológicas del paciente a la enfermedad pudieron ser objeto de estudios sistemáticos (Pattishall, 1973). Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la consideró como “... el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas” (p.815).

Dos fueron las causas principales que motivaron, o mejor dispusieron, las condiciones para la aparición de la medicina conductual y la psicología de la salud. Por una parte, la disponibilidad de una oferta de tecnología psicológica efectiva aplicable al ámbito del cuidado de la salud y la enfermedad. Por otra las condiciones favorables impuestas por el avance del nuevo modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Gil, 2004).

Campos de la Psico-Oncología

Por lo dicho hasta ahora, la Psico-Oncología ha emergido y extendido rápidamente su campo, el cual se ha reflejado en varias áreas bien definidas (Tishelman y Sprangers, 1999), como los campos que propone De Haes (1998) describiendo cinco campos en Psico-Oncología.

El primero pertenece a los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en la capacidad funcional, y en la salud física, psicológica y social, así como en su conjunto en el sentido de bienestar. Existe un número amplio de términos que han sido aplicados a esta área, siendo el empleado más frecuentemente el de la "calidad de vida".

El segundo campo de la Psico-Oncología descrito por De Haes (1998) hace referencia al proceso conductual, cognitivo, y afectivo de los pacientes y sus familias para afrontar la enfermedad a la nueva situación en sus vidas. Por ejemplo, hay pacientes que requieren utilizar estrategias instrumentales, como caminar con un bastón, cuidar la colostomía, utilizar una prótesis, o cocinar de acuerdo con unas restricciones en la dieta. Sin embargo, hay pacientes que se ven con la necesidad de aprender a vivir con restricciones impuestas por la enfermedad que no pueden ser resueltas por cambios conductuales. En estos casos se hará más necesario estrategias centradas en la emoción. El conocer, qué pacientes utilizan qué conjunto de estrategias para adaptarse a la enfermedad y las condiciones que facilita el éxito del afrontamiento, son el resultado buscado de esta área de la Psico-Oncología.

De Haes (1998) describe el tercer campo como perteneciente al apoyo de los profesionales a los pacientes y familias con cáncer. Este campo incluye la información, toma de decisiones, consejo, y el apoyo emocional e instrumental. A la vez que existe una expansión de la tecnología médica, se da un incremento del respeto a la autonomía de los pacientes, y la información adecuada ha llegado a ser una prioridad en la práctica clínica. Esta emergiendo una línea de investigación importante para la comunicación con el paciente y la familia. El desarrollo de la evaluación e intervención psicológica para aliviar el estrés emocional y morbilidad psicológica puede ser incluido en esta área de la Psico-Oncología. Según Ibáñez y Soriano (2008) el tratamiento integral del enfermo oncológico implica atender, también, a su salud mental, y utilizar los medios psicológicos de los que se dispone para mejorar y aumentar la calidad de vida del mismo.

Un campo adicional de la Psico-Oncología descrita por De Haes (1998) se centra en aspectos psicosociales de la prevención del cáncer. Este ámbito abarca la delimitación de las posibles causas psicosociales del cáncer, la promoción de las conductas

saludables y el mejor entendimiento de los efectos psicosociales de las intervenciones preventivas. Un resultado con controversia es si los factores psicosociales afectan en la ocurrencia del cáncer, y si es así, de qué forma. Esta nueva área hace referencia a los trabajos realizados sobre Psiconeuroinmunología. Por otro lado la relación entre conductas no saludables, como el fumar, y la ocurrencia del cáncer es indiscutible. Teorías psicosociales recientes proporcionan conocimientos sobre las razones y mecanismos por los que las personas continúan con conductas no saludables, y sobre cómo puede promoverse la conducta saludable. Un nuevo e importante campo para la práctica clínica y la investigación es lo relativo a los aspectos psicosociales del consejo genético e información relativa al desarrollo del cáncer hereditario.

La quinta y última área de la Psico-Oncología descrita por De Haes (1998) no se centra en los pacientes, sino en los profesionales de la salud que les apoyan. Este campo incorpora la educación de los profesionales en el entrenamiento de habilidades de comunicación, el apoyo emocional a los enfermos y sus familiares. Claramente, trabajar con enfermos terminales en ocasiones puede suponer una sobrecarga emocional, y requiriendo de habilidades instrumentales y emocionales por parte del profesional. Hay estudios recientes que proporcionan conocimiento sobre las causas de desmotivación y *burnout* de los profesionales (Camps, 2009; Chulkova y Komiakov, 2010; Demirci, 2009). Adicionalmente, se han desarrollado programas de entrenamiento e intervención con profesionales para ayudarles a mejorar los recursos y estrategias de afrontamiento en el manejo de situaciones difíciles en el área de oncología.

En general, cuando alguien se plantea escribir la historia y evolución de una disciplina suele centrarse en los hechos que fueron constituyentes de la misma. Sin embargo, cuando se quiere profundizar realmente en la historia, no queda más remedio que plantear una interpretación intelectual de los hechos cronológicos, podríamos decir lo mismo de la Psico-Oncología ya que como hija legítima de la Medicina y de la Psicología posee el mismo pasado que estas dos disciplinas (Ibáñez, Valiente, y Soriano, 2002). En su Breve Historia de la Psico-Oncología, Ibáñez (1996) realizó una revisión de lo que habían sido las primeras décadas del siglo XX, completándolo con otras fuentes más actuales. Esta revisión histórica nos permite tener una perspectiva mejor de la evolución y el desarrollo de la psicología oncológica asociada al área de la oncología médica.

Es en el siglo XIX, con la introducción a la teoría celular en Medicina, cuando comienza a tenerse una concepción de las enfermedades oncológicas cercana a nuestros días. Los primeros años del siglo XX señalaron el comienzo de la introducción de las intervenciones quirúrgicas y radioterapia para el cáncer, lo cual culminó con la fundación el 23 de mayo 1913 en la ciudad de Nueva York de la Sociedad Americana para el

Control del Cáncer, conocida por sus siglas en inglés como ASCC. El nombre actual se adoptó en 1944 y terminó convirtiéndose en la *American Cancer Society* (ACS) conocida en español como la Sociedad Americana Contra el Cáncer.

Posteriormente, en 1937 se establece el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos, que, desde el punto de vista médico, representa los comienzos de la Psico-Oncología del siglo XX debido a que esta institución desarrolla programas de educación contra el cáncer (Holland y Rowland, 1989). Gracias a la 2ª Guerra Mundial se descubre un hecho significativo a finales de los años 40, la Mostaza Nitrogenada puede curar algún tipo de cáncer y, así en 1945 se produce la primera remisión de una Leucemia Aguda por medios químicos, y en 1951 la cura de un Coriocarcinoma también mediante quimioterapia. Se inicia así una nueva etapa en la lucha contra el cáncer con la química (Holland, 1992). Sin embargo, los inicios de los tratamientos con quimioterapia no son ajenos a los comienzos de la Psico-Oncología. La aparición de náuseas y vómitos anticipatorios lleva a que compruebe la existencia de un condicionamiento en los enfermos sometidos a este tipo de tratamiento. Durante la década de los 50 continúan las investigaciones acerca del tratamiento químico del cáncer, pero los efectos secundarios que este planteaba, lleva a que se empiece a cuestionar la problemática de “más años de vida con una mala calidad de vida o mejor calidad de vida durante menos años”. Este tema, directamente relacionado con el concepto actual de Calidad de Vida de los Enfermos, lleva a que, en 1948, Karnofsky se plantee la creación de una escala de Calidad de Vida, que intenta medir el estatus funcional del enfermo con cáncer, y el efecto que los tratamientos de quimioterapia tienen sobre dicho estatus (Karnofsky y Burchenal, 1949). Comienza un interés por parte de los psiquiatras de esta área médica. Junto a ello, empiezan a aplicarse, ya en esta época, técnicas de hipnosis y relajación, como el Entrenamiento Autógeno de Schultz (Butler, 1954). Se desarrollan asociaciones de pacientes con laringectomía y colostomía, desarrollando grupos de autoayuda. El primer programa de voluntariado “*Reach to Recovery*” con mujeres con cáncer de mama ha sido uno de los programas autoayuda de más éxito en todo el mundo.

Por lo tanto, en los años 60, el número de niños supervivientes a un tumor se incrementa. Así mismo, en el campo de la oncología comienzan a aparecer técnicas combinadas de tratamiento de cirugía, radiación y quimioterapia que permiten tener un más amplio potencial de cura. De este modo, comunicar el diagnóstico al paciente comienza a convertirse en una discusión obligada entre los médicos. En el plano de lo psicológico se empieza a distinguir entre variables psicológicas que actúan como antecedentes de la enfermedad oncológica y variables consecuentes a dicha enfermedad. Por otro lado, a comienzos de los 60, Solomon introduce el término de Psicoinmunología (Solomon y Moos, 1964), para hablar de las reacciones que el sistema inmune manifiesta ante

distintas reacciones emocionales. Este término lo ampliará Ader al de Psiconeuroinmunología (Ader, 1981). El tema de la muerte está presente en esta etapa, así al libro publicado por Feifel en 1959 bajo el título *The Meaning of Death*, se añade en 1969, el de Kúbler-Ross, *On Death and Dying*, en el que se exponen las célebres y discutidas etapas por las suelen pasar los moribundos.

En los años 70 el campo de la oncología se produce grandes cambios, el cáncer deja de considerarse como una enfermedad locorregional para ser vista y tratada como una enfermedad sistémica. La psicología por su parte, había acumulado el suficiente bagaje clínico-experimental (condicionamiento visceral, alteraciones psicofisiológicas ante situaciones de estrés, biorretroalimentación, etc.) como para dar respuesta a algunos problemas médicos, hasta el punto de aparecer la denominada Medicina Comportamental. Todos estos acontecimientos llevan a que, en 1979 la APA cree su división de Psicología de la Salud, en la que se integran no sólo los avances y conocimientos logrados en el área de la Medicina Comportamental, sino también todos los Modelos de Enfermedad y Salud fundamentados en los planteamientos Bio-Psico-Sociales. Debemos recordar que en 1977 se promulga la ley de los Derechos de los Enfermos, lo que implica un cambio radical en las actitudes de los médicos respecto al tema de informar a los enfermos tanto del diagnóstico como del pronóstico y de los efectos secundarios del tratamiento.

En Europa se crea la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC). También son de esta época los primeros trabajos del grupo del Royal Marsden Hospital, tanto acerca de las variables psicológicas como predictoras del cáncer de mama (Greer y Morris, 1975).

El mayor progreso ha sido hecho en los últimos 20 años del siglo XX. Desde principios de los 80, en 1984 se forma la Sociedad Internacional de Psico-Oncología conocida en inglés como IPOS, y en 1988, la Sociedad Americana de Psiquiatría Americana Oncología/SIDA. El Instituto Nacional de Cáncer y la Sociedad Americana Contra el Cáncer comienzan a desarrollar el campo de la Psico-Oncología. El establecimiento en 1989, con la publicación de varios libros sobre este tema, como *Handbook of Psycho-Oncology* de Holland y Rowland. Este libro, con sus más de 1.000 páginas, constituye una pequeña enciclopedia del saber acumulado hasta el momento sobre el tema. Posteriormente, en 1998 se publica la segunda edición revisada. Y finalmente, en 1992 se comienza a publicar la revista *Psycho-Oncology: Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. A finales, concretamente en 1987, aparece el primer libro sobre Calidad de Vida en Enfermos de Cáncer (Aaronson y Beckman, 1987). Greer y Moorey plantean la Terapia Psicológica Adyuvante (Moorey y Greer, 1989), basada en la Terapia Cognitiva de Beck. En estos años hay una consolidación de la Psico-Onco-

logía, se han llevado numerosos encuentros internacionales de la *American Society for Psychosocial and Behavioral Oncology* en Nueva York, Sociedad Europea de Psicología Oncológica, conocida por su acrónimo ESPO en inglés, que en 2001 desapareció para formar un federación europea que integró todas las sociedades de Psico-Oncología nacionales y locales de los países europeos. Esta federación se denominó Federación Europea de Sociedades de Psico-Oncología, conocida en inglés como EFPOS.

Por otro lado, cada año se celebra el Congreso Internacional de la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS), (siendo el último (16º) en el 2014 desarrollado en Lisboa, Portugal). Además existen numerosas reuniones, conferencias específicas en temas de paliativos, consejo genético, cáncer infantil y otras áreas más. En nuestro país comienza a desarrollarse la Psico-Oncología a mediados de los años 80, en diversas universidades de la geografía española donde se han desarrollado investigaciones dentro del área de la Psico-Oncología (Bayés, 1999). Además se crea la Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO) que inicia su primer Congreso en el 2002 en Valencia y ha realizado su VI Congreso en el 2014 en Málaga. En paralelo se crea por la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación de Psicooncología de Madrid la Revista Interdisciplinar de Psicooncología que publica su primer número en el 2003.

2.3. Calidad de Vida

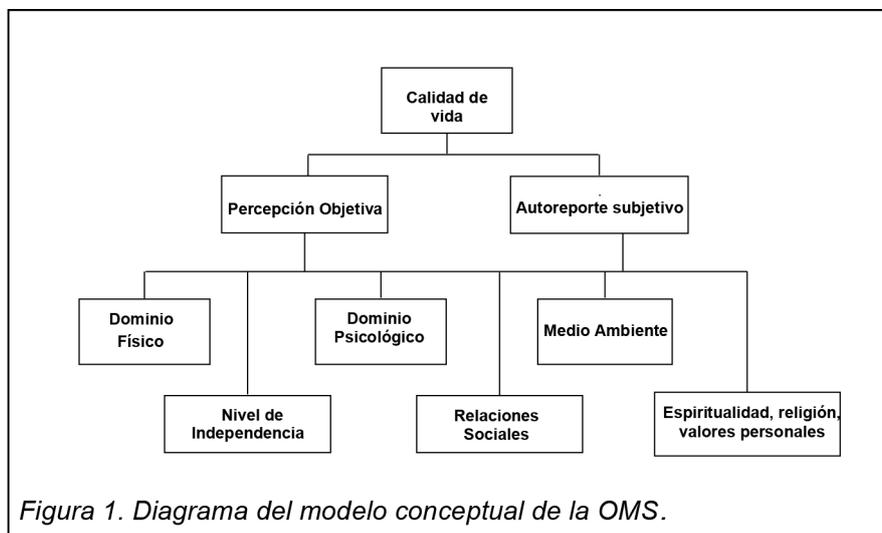
2.3.1. Definición de la calidad de vida relacionada con la salud

Las primeras contribuciones al concepto de calidad de vida vienen de trabajos teóricos de la filosofía. Ya Aristóteles hizo referencia a este concepto en su definición de felicidad a la que le atribuyó diferentes aspectos según la experiencia, conocimientos y valores de cada individuo (Aristóteles, 1995). Entre los más próximos a la cultura española se encuentra Séneca, que hace referencia al término “calidad de vida” en la obra *“Sobre una vida feliz”* donde escribe acerca de “*qualitas vitae*”, y que entendía la vida feliz como “la que está conforme con su naturaleza” (Séneca, 1996). Por otro lado, autores más contemporáneos como Ortega y Gasset, definía la felicidad como “el encontrar algo que nos satisfaga completamente” y la infelicidad como “el desequilibrio entre nuestro ser potencial y nuestro ser actual” (Ortega y Gasset, 1969). Estas opiniones tienen mucho que ver con lo que hoy se entiende por calidad de vida y dan una idea de su complejidad y de su componente multidimensional.

El origen de este concepto, aceptando que la salud, el bienestar y la felicidad (conceptos afines que lo han precedido) son aspiraciones de logro innatas a la persona, habría que situarlo en el principio de la humanidad (García-Riaño, 1991). El término calidad de vida se emplea actualmente en muy diferentes áreas, tanto dentro del mundo sanitario, como en otros campos tan dispares como la sociología, o la economía. A lo largo de la historia este término se ha ido introduciendo en las diferentes áreas, adquiriendo un contenido variado que supone más que la mera abundancia material; es decir, se comienza a difundir la idea de que la buena vida implica, no sólo bienestar material o económico, sino también bienestar psicológico. Si bien el concepto de calidad de vida surge en el contexto socio-político de EEUU, se retoma en el ámbito sanitario debido fundamentalmente al incremento de la incidencia de las enfermedades crónicas donde el objetivo no es la curación total del enfermo, sino la adaptación del paciente; el desarrollo del campo de la rehabilitación (Campbell, 1981).

La definición, recogida en la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y presentada el 7 de abril de 1946, establece que: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la mera ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Esta nueva concepción introduce en el campo de la salud el concepto de calidad de vida como medida subjetiva del grado de bienestar. Ello supuso además el punto de referencia de muchos investigadores que en décadas posteriores trabajaron en este campo cuando la atención sanitaria, influida por los cambios sociales y económicos, aumento su interés hacia la calidad de vida humana.

La definición planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida (*World Health Organization Quality Of Life, WHOQOL*), el cual propuso una definición propia de calidad de vida (The WHOQOL Group, 1995). Previa a la definición, los investigadores explicitaron algunas de las características del constructo, tales como que (a) la calidad de vida es subjetiva. Se distingue la percepción de condiciones objetivas (por ejemplo recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso) (b) la naturaleza multidimensional de la calidad de vida e (c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995). La propia OMS, que trabaja en el proyecto de Calidad de Vida que coordina la subdivisión de Salud Mental, define calidad de vida como: “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive, y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares o normas y preocupaciones”. Es un concepto amplio, que incorpora de forma compleja el estado físico de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales. Aun cuando no lo plantean expresamente, el modelo planteado por la Organización Mundial de la Salud, a través del grupo *WHOQOL*, puede ser diagramado tal como se observa en la figura 1.



La dificultad de su definición estriba en que la calidad de vida es un macroconcepto integrador de diferentes disciplinas en que se implican elementos tan complejos como la satisfacción con los recursos propios y sociales, y el ajuste con las creencias, percepciones, expectativas y logros personales (De Haes, 1985). Sin embargo, solamente aportando claras definiciones sobre calidad de vida se puede traer el concepto desde la filosofía al mundo más concreto de la investigación clínica.

El término calidad de vida relacionada con la salud ha recibido diferentes definiciones, pero, en general, se ha relacionado con aspectos físicos, psicológicos y sociales influenciados por la experiencia de la enfermedad y tratamiento (Aaronson, 1988; Bergner, 1989). La calidad de vida relacionada con la salud mide, en un determinado período de tiempo, la diferencia entre los deseos y expectativas del individuo y la realidad presente desde el punto de vista de la salud (De Haes y van Knippenberg, 1989; Font, 1990).

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo los profesionales de la salud han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL, por sus siglas en inglés) para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Parece existir un consenso en la medida de la calidad de vida relacionada con la salud que ha llevado a múltiples definiciones del concepto. Basados en un extenso y empírico trabajo de Shumaker y colaboradores (Shumaker y Naughton, 1995) proponen la siguiente definición:

“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de la influencia que el estado de salud, cuidados recibidos y actividades de promoción tienen sobre la capacidad de las personas para conseguir y mantener el funcionamiento que les permita alcanzar sus objetivos en la vida. El dominio de funcionamiento incluye: función física, social y cognitiva; movilidad, autocuidado; y bienestar emocional”

Toledo, Barreto, y Ferrero (1993) piensan que, en resumen, el concepto de calidad de vida hace referencia a individuos (subjetividad), abarca varias áreas de la vida (multidimensionalidad) y se asocia con la satisfacción percibida actualmente (temporalidad).

Hay una variedad de definiciones y puntos de vista en la literatura sobre la calidad de vida en el área de la salud y específicamente en Oncología, que inciden sobre diferentes aspectos. En este sentido, diversos autores como Toledo et al. (1993), Olschewski, Schulgen, Schumacher, y Altman (1994), Feld (1995) hablan de un consenso sobre las características de calidad de vida que consideran importantes:

- La subjetividad de la evaluación.
- La multidimensionalidad.
- La combinación subjetividad-dimensionalidad.
- La temporalidad.

- La subjetividad de la evaluación:

Cada paciente es único y valora su calidad de vida en función de su experiencia pasada, de sus aspiraciones, de sus deseos, de su filosofía de la vida, etc. Las diferencias individuales son aquí muy importantes. Algunos pacientes con incapacidad y efectos mínimos están extremadamente insatisfechos mientras que otros parecen capaces de tolerar un deterioro severo y se consideran afortunados por el hecho de recibir terapia (Cella y Tulsy, 1990).

Algunas definiciones dan un peso importante a la valoración subjetiva que realiza la persona sobre su situación y su medio, y al grado de satisfacción y de bienestar que viene a partir de esta valoración.

Kaasa, Masterkaasa, y Naess (1988) la entienden como la valoración subjetiva que el paciente realiza sobre su vida y de su situación.

Till (1989) la define como las experiencias o deseos subjetivos expresados por un individuo, o los miembros de un grupo particular de personas, en relación a aspectos especificados del estado de salud que son significativos para ese individuo o grupo.

Font (1988) afirma que la calidad de vida es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud.

Cella la define como la percepción y satisfacción del paciente con su nivel actual de funcionamiento, comparado con el que considera posible o ideal (Cella y Tulsy, 1993).

En definitiva, existe un consenso cada vez mayor de que la calidad de vida es una evaluación subjetiva en lugar de una realidad objetiva y así sólo puede ser evaluado con la fiabilidad de la persona cuya calidad de vida se está evaluando (Aaronson, 1990; Guyatt, Feeny, y Patrick, 1993).

- La multidimensionalidad:

Hay autores que dirigen las definiciones más hacia las dimensiones de la calidad de vida:

- Schipper (1990) la describe como una representación funcional pragmática, hecha en el día a día, de la respuesta física, psicológica y social a la enfermedad y su tratamiento

- Bjordal y Kaasa (1992) plantean que en la investigación médica, la calidad de vida es entendida generalmente como un constructo multidimensional en el que las dimensiones están relacionadas con la salud, mientras que en las ciencias sociales, se entienden más en términos de afectos positivos y negativos, afectos que pueden ser influenciados por otras variables.
- Para Font y Bayés (1993), se puede definir mejor la calidad de vida si se consideran, de manera concreta y operacional, sus diferentes componentes, aspectos o dimensiones.
- Para Ringdal y Ringdal (1993), en general se acepta que la calidad de vida es un concepto multidimensional, pero hay una variedad de opiniones sobre el número de dimensiones que deben ser incluidas en ella, que oscilarían entre tres (social, física y emocional) y diez (aspectos físicos, habilidad funcional, familia, emocional, espiritualidad, satisfacción con el tratamiento, orientación en el futuro, funcionamiento social, sexual y ocupacional).

La calidad de vida hace referencia a la integración de las consecuencias de la enfermedad y/o los tratamientos en la vida “como un todo” (De Haes, van Oostrom, y Welvaart, 1986). Es decir, cómo afecta la enfermedad y/o los tratamientos a los diferentes aspectos de su vida. Podemos entender, tal como plantean diversos autores (Aaronson, 1989, 1991; Cella, 1992; Toledo et al., 1993) que en la actualidad existe un cierto acuerdo al entender calidad de vida como un constructo que incluiría cuatro dimensiones:

- El estado funcional hace referencia a la capacidad para realizar actividades de cuidado personal, tareas domésticas, laborales y de tiempo libre.
- El estado psicológico se refiere al estado mental general en relación con la calidad de la propia vida y el bienestar psicológico.
- El funcionamiento social entendido como la interacción con otras personas de la comunidad.
- Los síntomas y efectos secundarios que son consecuencia de la enfermedad y sus tratamientos.

En las diferentes áreas de la calidad de vida recogidas por varios autores, hay otros aspectos como la imagen corporal y el funcionamiento sexual que deberían tenerse en cuenta en cánceres específicos como el de mama, ovario, recto, genitales, de cabeza y cuello; o el funcionamiento cognitivo en los tumores cerebrales (Greenberg, 1984). Un aspecto importante es el tratamiento del cáncer y su impacto en la imagen corporal del paciente. En este sentido, la cirugía puede tener un gran efecto en el cáncer de mama, y

también en otros tumores, en los que se puede realizar intervenciones quirúrgicas como las colostomías, orquiectomías, laringectomías y otras (Hopwood, 1992). Esta autora entiende que en el cáncer, los pacientes que reciben la cirugía, se da un proceso de adaptación al cambio en su imagen corporal, por lo que los trabajos que la valoren deberían ser longitudinales. Otra dimensión que se plantea de la calidad de vida es, como hemos indicado, la sexualidad, en especial en tumores como los de mama, los de ovario, etc. Se ha realizado estudios sobre esta dimensión que concluyen que en el caso de la sexualidad hay que tener en cuenta los aspectos de interés sexual espontáneo, frecuencia de actividad sexual, dolor, excitación, satisfacción general y orgasmo (Cull, 1992).

Por otro lado, diferentes estudios realizados sobre el área del apoyo social describen que los pacientes oncológicos que confían sus preocupaciones a otros, parecen funcionar mejor emocionalmente. El apoyo social ayuda a proteger al paciente de los estresores de la enfermedad, y en el proceso de afrontamiento de esta (Blanchard, Albrecht, Ruckdeschel, Grant, y Hemmick, 1995). Cohen, Mount, Tomas, y Mount (1996) resaltan que las preocupaciones existenciales son de gran importancia para las personas con una enfermedad peligrosa para la vida, pero la dimensión existencial tiende a no ser tenida en cuenta en los instrumentos de medición de la calidad de vida. Estos autores realizaron un estudio con pacientes en diferentes estadios de la enfermedad, y comprobaron que esta dimensión existencial tiene un papel importante en la valoración de la calidad de vida en las diferentes fases de la enfermedad, pero en especial en las más avanzadas. La dimensión existencial incluye preocupaciones con respecto a la muerte, la libertad, el aislamiento (la brecha insalvable que separa uno mismo de todo lo demás) y la cuestión del sentido (el dilema de la búsqueda de significado). Incluye medidas relativas al bienestar existencial y que define a la persona en la interpretación de sus circunstancias objetivas en el contexto de su visión del mundo (Cohen, Mount, y MacDonald, 1996).

- La combinación subjetividad-dimensionalidad:

Hay autores que adoptan en las definiciones que proponen la combinación de las dimensiones de la calidad de vida junto con la valoración subjetiva que realiza el paciente de su situación, como Osoba (1991) que entiende que conceptualmente la calidad de vida tiene que ver con el sentido de satisfacción y bienestar que un individuo siente sobre su vida y con el grado en el que las esperanzas, deseos y ambiciones que una persona consigue con la experiencia. Cree que una definición operacional incluye el funcionamiento físico, psicológico, social, e incorpora aspectos positivos de bienestar, así como aspectos negativos de la enfermedad. Gotay, Korn, McCabe, Moore, y Cheson (1992) y Gotay y Moore (1992) proponen que la calidad de vida se defina como un estado de bienestar con dos componentes:

1. La habilidad para realizar actividades de la vida diaria que reflejen el bienestar físico, psicológico y social.
2. La satisfacción del paciente con los niveles de funcionamiento y el control de los síntomas de la enfermedad y el tratamiento. Los autores creen que esta definición combina los componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida, y que pueden ser de gran utilidad en los estudios.

Toledo et al. (1993) subrayan que no debemos suponer ingenuamente que todas las dimensiones contribuyen de igual forma en la valoración de la calidad de vida. De nuevo surge aquí el tema de la subjetividad: un paciente es de un modo primario e insoslayable un individuo que confecciona según sus inquietudes su propia escala axiológica, valorando de desigual modo las diferentes áreas de su vida. Por ello, la calidad de vida no es una mera adición de las diferentes áreas sino que refleja la integración subjetiva de éstas.

- La temporalidad:

Las percepciones del paciente sobre su enfermedad y sobre su situación son en general variables en el tiempo y a lo largo de la enfermedad. La calidad de vida de un paciente es, por antonomasia, dependiente de su estado actual. Por ello, es predecible que la valoración de su calidad de vida cambiará a medida que lo haga su situación, así como también estará influida por su cambio personal y evolutivo. (Toledo et al., 1993). En conclusión, la calidad de vida es variable y dinámica y además puede ser valorada de distinta forma en periodos de tiempo diferentes. Es decir, el paciente realiza una percepción de su situación, y la compara con sus deseos actuales y como todos estos cambian dependiendo del momento vital y circunstancias personales en que se encuentra.

En resumen se puede decir que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que en su sentido más específico hace referencia a aspectos que implican diversos aspectos: el valor asignado a la duración de la vida, el estado funcional, las percepciones y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, y su tratamiento (Cella, 1995a; Patrick y Erickson, 1993).

2.3.2. Evolución de la calidad de vida en cáncer

En estas líneas, vamos a referirnos a la calidad de vida que tiene que ver con la salud del paciente, y la relación con su enfermedad oncológica y tratamiento. Autores como

Selby y Robertson (1987), Ibáñez y Andreu (1988) y Espinosa, Zamora, González-Barón, y Ordóñez (1990), plantean que la definición de la OMS de Salud de 1947 como bienestar físico, mental y social, no meramente como ausencia de enfermedad es una base adecuada para definir la calidad de vida. Por ello, defendían que en el campo de la Oncología se deben incluir los efectos de la enfermedad y el tratamiento (Aaronson, 1993). Aunque la calidad de vida afecta a todos los aspectos de la vida de la persona, cuando nos centramos en el área de Oncología, este término debe relacionarse con la salud del paciente.

Aunque los clínicos ya habían informado de la aparición de reacciones tóxicas, posiblemente inducidas por el tratamiento, no fue hasta 1949 en que Karnofsky y Burchenal (1949) realizaron los primeros trabajos clínicos en los que se trató de valorar la calidad de vida, en los que utilizaron una escala para valorar el grado de autonomía de los pacientes con cáncer avanzado. La escala de 11 puntos diseñada por estos autores intenta evaluar la habilidad o capacidad funcional global del paciente para llevar a cabo una serie de actividades, a través de la observación y la entrevista llevadas a cabo, en general por el médico. No obstante, la preocupación por los aspectos psíquicos de los pacientes con cáncer no comenzó hasta los años 50, por el interés que durante la postguerra se mostró hacia la enfermedad psicósomática y los factores psicológicos asociados a las enfermedades físicas. El primer estudio sobre aspectos psicológicos en pacientes con cáncer fue publicado en 1951, y se refería al análisis de la adaptación al diagnóstico y evolución de la enfermedad cancerosa (Shands, Finesinger, Cobb, y Abrams, 1951).

En la década de los años sesenta, la influencia de las demandas sociales sobre el consentimiento informado y una mayor conciencia sobre los derechos de los pacientes, permitió abrir el debate sobre si los pacientes con cáncer debían o no ser informados de su enfermedad. Paralelamente, profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos comienzan a mostrar un creciente interés por el cuidado de los pacientes con procesos físicos crónicos, que originó algunas investigaciones, realizadas con equipos multidisciplinares, con el objetivo de evaluar la suma de los aspectos subjetivos de los pacientes en el transcurso de la enfermedad y su tratamiento (Holland, 1991).

En la literatura científica, el concepto de calidad de vida aparece en el Index Medicus en 1975 como un subepígrafe del apartado "Filosofía", y en 1977 ya como un tema independiente (De Haes, 1985).

El estudio específico de la calidad de vida y la incorporación de medidas en la investigación oncológica ha sido lento, sin darse de manera formal hasta la década de los setenta en Inglaterra (Priestman y Baum, 1976) en la que se comenzó a desarrollar la actual generación de instrumentos.

La década de los años ochenta fue testigo de la relevancia de un creciente interés por la calidad de vida del paciente neoplásico. Esto se debió, en parte, por la amplitud cada vez mayor de cómo este concepto aparece en la literatura especializada que respondía fundamentalmente, a la incorporación, en los estudios de investigación, de aspectos psicosociales de la enfermedad y su tratamiento, así como a la medición del impacto que la enfermedad tiene en la percepción del paciente sobre su estilo de vida (Derogatis et al., 1993). Por otra parte, también respondió a la creación, en 1987, bajo los auspicios de la OMS, del *Amsterdam Collaborating Center for Research and Training in Methods of Assessment of Quality of Life in Relation to Health Care*, teniendo al frente como director a Frits van Dam, y como director de investigación a N.K. Aaronson. Además, existió un interés en ampliar el alcance de los parámetros de evaluación utilizado en el área clínica y de investigación en servicios sanitarios más allá de los indicadores tradicionales de éxito terapéutico en pacientes con cáncer. Por ejemplo, la prolongación de la supervivencia, el retraso del proceso de la enfermedad, y el control de síntomas físicos. Particularmente en el área hospitalaria con respecto al tratamiento de enfermedades crónicas, se ha argumentado que la evaluación de tecnologías médicas emergentes requiere una mayor atención para la salud funcional, psicológica y social del individuo (Aaronson, 1991).

A partir de los años noventa aumentó el interés por ir más allá de los parámetros biomédicos que se han centrado históricamente en la respuesta del tumor, el intervalo libre de progresión de la enfermedad y/o la supervivencia, así como en evaluar formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida (Aaronson et al., 1993). El aumento de tales investigaciones de “calidad de vida” fue promovido por prominentes grupos que realizaron ensayos clínicos en Norte América (Moinpour et al., 1989; Osoba, 1992) y Europa (Aaronson et al., 1986; Aaronson y Beckmann, 1987; Ganz, Bernhard, y Hürny, 1991), y por recomendaciones Sociedades e Institutos Nacionales e Internacionales del Cáncer (American Cancer Society, 1991; Nayfield y Hailey, 1991), las agencias reguladoras responsables de la aprobación de nuevos agentes antineoplásicos (Johnson y Temple, 1985) y por la industria farmacéutica (Henderson-James, Spilker, 1990).

Los factores de calidad de vida han jugado un papel significativo en los últimos los ensayos aleatorios prospectivos en canceres operables (Kiebert, De Haes, y Van de Velde, 1991), en cáncer de mama avanzado (Van Holten-Verzantvoort et al., 1991), y en cáncer de pulmón, pues en su gran mayoría se diagnosticaban en estadios tardíos. En estos casos, la calidad ha sido analizada en cerca del sesenta por ciento de los ensayos clínicos fase III que evaluaban nuevos tratamientos farmacológicos. Los nuevos fármacos no producían mejoras en el tiempo de supervivencia, pero sí que ocasionaban reducción tumoral, aumento del periodo libre de enfermedad y en consecuencia, dismi-

nución de síntomas (Ganz, Lee, y Siau, 1991). Sin embargo, al inicio de las investigaciones tal juicio clínico basado en la calidad de vida en ensayos clínicos fue más bien la excepción en lugar de la regla (Veldhuyzen van Zanten, 1991). La mayoría de estudios fueron realizados en el seno de ensayos clínicos, y quizás el área más prometedora de aplicación estaba en el área de los ensayos clínicos fase III para conocer la repercusión que, sobre la calidad de vida del individuo, provocaban las nuevas terapias antitumorales (Aronson, 1991).

El reconocimiento por parte de los clínicos de que, a pesar de los avances tecnológicos, las nuevas terapias contra el cáncer debían incluir una mayor participación del paciente en el proceso sanitario, la definición del marco conceptual de la calidad de vida relacionada con la salud y la mejora y estandarización de los instrumentos para medirla, originó la inclusión casi sistemática de la medición de la calidad de vida en los estudios de investigación clínica sobre cáncer, especialmente en estudios experimentales con finalidad paliativa (Fallowfield, 1996; de Haes, 1997).

2.3.3. Finalidad de la medición de la calidad de vida en cáncer

Diversos autores, a quienes nos referimos más adelante, hablan sobre las aplicaciones de la medición de la calidad de vida en el campo de la Oncología. En general, la función principal de la medición de la calidad de vida en paciente oncológico sería la de colaborar con el ofrecimiento de una intervención global más adecuada. En un plano más concreto, vemos que las aplicaciones de la medición de la calidad de vida se situarían en el trabajo clínico con los pacientes, en los ensayos clínicos, en las estrategias de actuación, y en la política sanitaria.

Till (1989) opina que la valoración de la calidad de vida puede ser útil para:

1. Incorporar a los ensayos clínicos (ensayos en los que se valoran tratamientos nuevos) descripciones del funcionamiento físico, social y emocional de los pacientes, antes, durante y después del tratamiento.
2. Realizar la evaluación de los tratamientos, tanto desde el punto de vista clínico, como desde el de los análisis más amplios del funcionamiento de los servicios de salud.
3. Ser un dato que ayude a la predicción de la evolución de la enfermedad.
4. Ayudar a tomar decisiones clínicas sobre si añadir o retirar tratamiento a un paciente, a partir de su nivel de calidad de vida.

A juicio de Font (1988, 1994) la calidad de vida del paciente de cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor el enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Ampliar los conocimientos sobre la enfermedad.
- Ayudar en la toma de decisiones médicas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Según Muthny, Koch, y Stump (1990) las principales funciones de la investigación sobre la calidad de vida en Oncología son las de:

1. Evaluación, junto a otros criterios, de las terapias y sus efectos secundarios.
2. Establecer una base más adecuada para decidir entre distintos tratamientos que se puedan aplicar a un paciente.
3. Ayudar a desarrollar formas más eficientes de cuidados psicosociales a los pacientes con enfermedades malignas:
4. Proporcionar al personal sanitario más datos sobre el estado subjetivo del paciente.

Para Bonfill (1990) la valoración de la calidad de vida puede contribuir a una medicina más integral, en la que participen profesionales de diferentes especialidades, y en la que se incremente también la participación del propio paciente, siendo que las diferentes fases del proceso terapéutico, como, por ejemplo:

1. En la evaluación, para complementar la medición de aspectos clínicos, tales como el diagnóstico y la localización del tumor.
2. Al establecer un plan de intervención se pueden ofrecer al paciente las distintas alternativas de tratamiento, con la calidad de vida esperable en cada una de ellas, y un pronóstico a partir de la valoración de su calidad de vida.

3. Una vez administrado el tratamiento, se puede evaluar su efecto en cada área de la calidad de vida, y así como las secuelas posteriores.

Según Cella (1992) señaló tres razones fundamentales por las que los investigadores tenían interés en valorar la calidad de vida en una persona con cáncer, razones plenamente vigentes:

1. Evaluar las necesidades de rehabilitación: Los inventarios que incluyen preguntas con las que se pueda trabajar posteriormente los posibles problemas, pueden ayudar a los clínicos que se encuentran con recursos limitados y que están intentando ayudar a mejorar la adaptación del paciente a su situación.
2. Evaluar los resultados del tratamiento. Es la razón más común para valorarla calidad de vida, con el objetivo de tener una medida más amplia de los resultados del tratamiento en la salud.
3. Para predecir la respuesta a un tratamiento futuro. Se ha utilizado habitualmente para esta función el nivel de actividad o de funcionamiento físico iniciales. Ha sido más reciente el que se emplee la evaluación de calidad de vida como predictor de supervivencia.

Las evaluaciones de calidad de vida se han utilizado con éxito para una variedad de propósitos de la investigación en oncología. Estos incluyen los siguientes (Aronson et al., 1993; Temel et al., 2010):

- Evaluar el funcionamiento del paciente en las diferentes áreas de la calidad de vida (psicosocial y física), desde la perspectiva del paciente.
- Ayudar a la toma de decisiones referente a las intervenciones y tratamientos en el paciente.
- Evaluar las preferencias de dichas intervenciones y tratamientos por parte del paciente según los efectos que produzcan en su calidad de vida.
- Ayudar a la práctica clínica para efectuar una evaluación más profunda de la calidad de vida.
- Ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, según el nivel de calidad de vida del paciente al inicio de la enfermedad y las variaciones de ésta.

- Detectar pequeños cambios físicos y psicológicos que se produzcan durante la evolución del paciente.
- Evaluar la eficacia de competencia médica y de las intervenciones psicosociales.

La mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas y neoplásicas que demandan una mayor atención sanitaria y social ha producido en los últimos años un aumento del interés entre los profesionales sanitarios, e investigadores por medir la calidad de vida como dato de resultados en personas que reciben cuidados en salud y en aquellos que participan en ensayos clínicos (Navarro, 1994). En este contexto, los estudios de calidad de vida en los pacientes con cáncer han obedecido, clásicamente, a las siguientes finalidades (Aronson, 1990):

- **Descriptiva:** su objeto es conocer los diferentes aspectos de la calidad de vida que se ven afectados por la enfermedad cancerosa y su tratamiento, como son los síntomas psíquicos: los principales problemas psicológicos que presentan los pacientes con cáncer son la ansiedad y depresión, además de la reducción del bienestar psicológico. Por lo tanto, la detección de alteraciones en la dimensión psicológica permite orientar el adecuado manejo psicoterapéutico de estos pacientes para mejorar la calidad de vida (Spiegel, 1994). Los síntomas físicos más frecuentes son: La presencia de determinados síntomas (astenia, dolor, náusea, vómitos, etc.). Respecto del estado funcional, diferentes estudios han mostrado que el deterioro del estado funcional en pacientes con cáncer, se relaciona con una peor percepción del estado de salud (McGill y Paul, 1993). Finalmente en cuanto a las relaciones sociales en los pacientes con cáncer es crucial el apoyo social realizado por la familia y las personas próximas. Por eso es importante que los proveedores de salud cuenten con instrumentos para medir las relaciones sociales permitiendo así movilizar los recursos necesarios para mejorar el apoyo y, por tanto, la calidad de vida del paciente (De Haes, De Ruiters, Tempelaar, y Pennink, 1992).
- **Predictiva:** trata de valorar las correlaciones entre dimensiones de la calidad de vida (psicosocial y física) con el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, diferentes estudios han establecido una relación positiva entre medidas de salud global y supervivencia (Mossey y Shapiro, 1982).
- **Evaluativa:** estudia la calidad de vida con diferentes opciones terapéuticas a través de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. La finalidad evaluativa ha sido la más común en los estudios de la calidad de vida, junto con el control de síntomas como medida de resultado en la valoración de las diferentes estrategias terapéuticas.

Ganz (1994a) resalta que las valoraciones de la calidad de vida se han empleado para dar información descriptiva sobre la situación de los pacientes con cáncer, para describir las diferencias entre diferentes tratamientos que se aplican en la misma enfermedad, y para predecir la supervivencia de los pacientes. Así la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer obedece a tres motivos fundamentales (Fallowfield, 1995; Ganz, 1994a):

1. En la investigación clínica, los datos sobre calidad de vida están incluidos ya en la mayor parte de ensayos clínicos y en la monitorización de los efectos del tratamiento junto con resultados clínicos habituales. Ello obliga a los profesionales sanitarios a tener un adecuado conocimiento sobre el tema. Así, en patologías como el cáncer de pulmón, donde prácticamente la única terapia es paliativa, la medición de la calidad de vida permite conocer si los nuevos medicamentos que producen una escasa mejora en la supervivencia compensan los efectos secundarios que ocasionan (Hopwood, 1996).
2. En la práctica clínica, una adecuada información sobre aspectos de la calidad de vida previa al tratamiento ayuda a conocer las preferencias del paciente frente a diversas estrategias, orientando a los profesionales sanitarios en la elección de las mismas. Por ejemplo, el estudio de Ward y colaboradores (Ward, Heindrich, y Wolberg, 1989) permitió identificar que las mujeres que elegían mastectomía lo hacían con el fin de evitar pérdidas en el trabajo y efectos secundarios de la radioterapia, mientras que las mujeres que eligieron tumorectomía lo hicieron por motivos estéticos y de imagen corporal.
3. En la planificación sanitaria el uso de datos de calidad de vida, a través del análisis del coste-utilidad, junto con otros resultados, permite una más adecuada distribución de recursos (Fernández y Hernández, 1993).

2.3.4. Instrumentos de medida de la calidad de vida en pacientes con cáncer

Los instrumentos de medida psicológicos iniciales incluían expresiones obtenidas del propio paciente, con una amplia gama de dimensiones de calidad de vida. Algunos de ellos mostraron adecuadas propiedades psicométricas (al menos, validez y fiabilidad) lo que permitió a los clínicos, conscientes de la limitación de los tratamientos que manejaban, acercarse más a esta forma de medición, llegando a admitir, en función de los resultados obtenidos, el uso de medicamentos que mejorasen la calidad de vida de los pacientes, aunque no influyeran en su supervivencia (Cella, 1995b). La definición de aspectos conceptuales de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud

ha permitido, además, alcanzar un consenso sobre sus principios básicos (Schwarz, Bernhard, Flechtner, Hürny, y Kuchler, 1994) y definir el constructo sobre el cual desarrollar mejores escalas de medida para utilizar en pacientes con cáncer.

Antes de realizar la clasificación de los instrumentos de valoración de calidad de vida relacionada con la salud, queremos distinguir dos grandes grupos (Ganz, 1994b):

1. Instrumentos específicos sean, o no, de cáncer, que evalúan la calidad de vida de los pacientes. En su mayoría son comprensivos, ya que valoran las diferentes dimensiones de la calidad de vida, como el *Functional Living Index-Cáncer (FLIC)*, *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)*, *The European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)* y otros (Ver tabla 9). Esta aproximación la podríamos entender como un enfoque psicométrico.
2. Instrumentos de evaluación que incluyen medidas de utilidad de los componentes de la calidad de vida. Las utilidades son las preferencias o valoraciones de estados de salud en general o de sus diferentes componentes (síntomas, toxicidad, u otros) medidas dicotómicas que parte de cero (peor funcionamiento) tomando todos los valores posibles hasta uno (funcionamiento óptimo). Estos instrumentos nos permiten hacer cálculos sobre la efectividad de un tratamiento, desde una perspectiva más de análisis económicos (estudios de coste-utilidad).

Aaronson (1989) clasifica los instrumentos de valoración de calidad de vida en entrevistas, cuestionarios, y diarios:

1. Las entrevistas son la forma más flexible de recoger información. Tienen la ventaja de que pueden ser aplicadas a pacientes que de otra manera no podrían contestar un cuestionario.
2. Los cuestionarios autoadministrados (completados por la propia persona) son la forma más práctica, eficiente y económica de conseguir información de los pacientes. Pueden, además, ser administrados reiteradamente en el mismo estudio.
3. Los diarios que contestan los pacientes cada día, son útiles si el investigador está interesado en realizar una evaluación frecuente. Su mayor limitación, es

que, debido a esta alta frecuencia de administración, deben incluir un nivel número bajo de los ítems.

4. Por otro lado, clásicamente se definen tres métodos para evaluar la calidad de vida y sus modificaciones durante la enfermedad (Yabroff, Linas, y Schulman, 1996):

1. Entrevista Psicológica:

Abierta o semiestructurada, realizada por psicólogos o psiquiatras. Aporta una adecuada medición de la calidad de vida y una orientación terapéutica. Su mayor inconveniente es que es difícil de cuantificar y repetir, siendo, además subjetiva, por lo que no es recomendable su uso en estudios de investigación.

2. Escalas de valoración de la utilidad o de las preferencias de los pacientes:

Miden la preferencia de los pacientes que sufren cualquier patología sobre los cambios en su estado de salud debidos a la enfermedad y el tratamiento. Las medidas de preferencia del estado de salud adquieren del mundo económico el concepto de utilidad, y describen una decisión individual bajo una situación de incertidumbre.

Las preferencias de los pacientes por un estado de salud pueden ser medidas con instrumentos estandarizados, como por ejemplo el EuroQol (Badía y Rovira, 1995; EuroQol Group, 1990) o con métodos específicos de entrevista como el juego estándar o la equivalencia temporal (Bowling, 1994; Torrance y Feeny, 1989).

El principal inconveniente de los métodos de entrevista consiste en que su validez y fiabilidad no han sido adecuadamente comprobadas y los juicios son generalmente realizados por “expertos” (profesionales sanitarios) (Bowling, 1994). En ellos se utiliza la información objetiva aportada por el médico e integra el concepto de calidad de vida con las curvas de supervivencia. Algunos autores desaconsejan su utilización, ya que no se genera por el propio paciente (Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater, y Gregory, 1988).

Cuando los objetivos de los estudios de calidad de vida son describir la situación física, emocional y social de los pacientes antes, durante o después de una intervención sanitaria, se deben utilizar instrumentos de medida psicológicos estandarizados que permitan orientar las estrategias terapéuticas según la percepción del paciente (Till, 1992).

3. Cuestionarios para medir calidad de vida:

Los cuestionarios son los instrumentos de medida clásicos para valorar la calidad de vida, estos contienen instrucciones para su cumplimentación, dimensiones (conceptos que pretende medir) y un número determinado de preguntas que describen cada dimensión. El uso de cuestionarios está mucho más extendido que la entrevista psicológica por permitir una mayor facilidad de aplicación, menor coste y estar sujeto a menor variabilidad de interpretación.

Según el consenso de los investigadores en ese campo (Aaronson, 1991; Guyatt, Feeny, y Patrick, 1993; Guyatt, Veldhuyzen van Zanten, Feeny, y Patrick, 1989; Patrick y Deyo, 1989) estos instrumentos de medida psicológicos pueden ser clasificados como:

- a. Genéricos: son medidas cuyo propósito es ser aplicables a una amplia gama de poblaciones y enfermedades crónicas, con diferentes terapias y diversas situaciones demográficas y sociales. Incluyen múltiples dimensiones de la calidad de vida medibles a través de perfiles de salud o medidas de utilidad. Las medidas de estado de salud genéricas permiten realizar comparaciones en toda población de pacientes, pero pueden no proporcionar datos adecuados sobre los síntomas de enfermedades específicas ni de efectos secundarios del tratamiento de relevancia para grupos particulares de una determinada enfermedad. Ejemplos de estos instrumentos de medida psicológicos se muestran en la tabla 8:

Tabla 8

Instrumentos de medida de calidad de vida genéricos

<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	Hunt y McEwen, 1980; Alonso et al., 1990
<i>MOS Short Form Health Survey (SF-36)</i>	Ware y Sherbourne, 1992 ; Alonso et al., 1995
<i>Sickness Impact Profile (SIP)</i>	Bergner, 1981; Badía y Alonso, 1994
<i>World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)</i>	WHOQOL Group, 1993; Lucas, 1998
<i>EuroQoL-5D</i>	<i>EuroQol Group</i> , 1990
<i>COOP/WONCA Charts</i>	<i>World Organization of Family Doctors</i> , 1988; Lizán, 1997
Cuestionario Formas Afrontamiento (CEA)	Rodríguez-Marín, 1992
Escala de Bienestar Psicológico (EBP)	Sánchez-Cánovas, 1998
Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)	Fernández-López, 2001

- b. Específicos: son medidas más concretas diseñadas para ser aplicables a pacientes que presentan una condición o diagnóstico específico. Están destinados a población de pacientes más homogéneas. Incluyen dimensiones más específicas de la condición a medir. No son aptos para proporcionar un conjunto de datos lo suficientemente amplio para la comparación de enfermedades.

Según Davidson, Norman, Uuchler, Cunningham, y Watson (2003) en los estudios que se han comparado el uso de instrumentos genéricos frente a los específicos, se ha encontrado que, cuanto más específico sea un instrumento de medida de calidad de vida, tendrá una mayor capacidad para discriminar, y será más sensible al cambio.

Los instrumentos de evaluación para medir calidad en pacientes con cáncer se incluyen el grupo de los específicos, en términos generales, aunque se dividen, a su vez, en:

- i. Específicos para todos los tipos de cáncer: Incluyen preguntas sobre el estado funcional y síntomas clínicos frecuentes derivados de la enfermedad de cáncer y su tratamiento. Estos instrumentos valoran las diferentes áreas de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, y permiten la comparación entre diferentes tumores. Ejemplo de estos instrumentos de evaluación son (ver tabla 9):

Tabla 9

Instrumentos de medida de CV específicos de cáncer

<i>Functional Living Index-Cancer (FLIC)</i>	Schipper et al. 1984
<i>Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)</i>	De Haes et al. 1990, 1996
<i>Spitzer Quality of Life Index (QLI)</i>	Spitzer et al. 1981
<i>Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)</i>	Schag et al. 1990
<i>CARES-SF (versión abreviada del CARES)</i>	Schag et al. 1991
<i>The European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)</i>	Aaronson et al. 1993
<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Scale General (FACT-G)</i>	Cella et al. 1993
<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)</i>	Webster et al. 2003
<i>Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)</i>	Portenoy et al. 1994

- ii. Específicos para un tipo de cáncer: estos instrumentos de medida de CV han sido diseñados para un único tipo de diagnóstico de cáncer. Incluyen preguntas sobre aspectos concretos que presentan los pacientes diagnosticados de un tipo particular de tumor, lo que tiene la ventaja de poder realizar una valoración más detallada, pero dificultan la comparación de los resultados con los estudios realizados con otros grupos de pacientes con cáncer, dado su contenido específico. Ejemplo de estos instrumentos de medida se muestran en la tabla 10:

Tabla 10
Instrumentos de medida de CV para un tipo de cáncer

<i>Head & Neck Radiotherapy Questionnaire (HNRQ)</i>	Browman et al. 1993
<i>Breast Cancer Chemoterapy Questionnaire (BCQ)</i>	Levine et al. 1988
<i>Lung Cancer Symptom Scale (LCSS)</i>	Hollen et al. 1993
<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Colorectal (FACT-C)</i>	Ward et al. 1999
<i>EORTC QLQ-CR29</i>	Whistance et al. 2009
<i>City of Hope Quality of Life (mCOH-QOL)- Ostomy questionnaire</i>	Grant et al. 2004

Los instrumentos de medida de CV específicos tienen la ventaja de ser fáciles de administrar, son breves, aceptables para los pacientes, además de simples de puntuar, precisamente porque están diseñados para ser aplicados en una determinada situación clínica, especialmente en investigación clínica (Patrick y Deyo, 1989).

Las medidas genéricas permiten comparaciones entre diferentes poblaciones y diferentes programas, objetivos importantes en planificación sanitaria. En los pacientes con cáncer se deben utilizar instrumentos específicos, ya que los genéricos no permiten detectar las variaciones de ciertas dimensiones importantes para la enfermedad a estudio.

Otra clasificación ordenada de instrumentos de calidad de vida atiende a escalas de una sola pregunta, permiten obtener una información sobre la situación del paciente en un área o a nivel global, lo que como método de medición resulta muy limitado. Los instrumentos que valoran fundamentalmente un área de calidad de vida, como el nivel de funcionamiento físico o *performance status*, no permiten obtener una visión global de la situación del paciente, aunque se hayan llegado a emplear con esta finalidad. En ocasiones, estas escalas sitúan su respuesta en una línea con una Escala Analógica

Visual (EVA) o clasificaciones en varios niveles. Algunos ejemplos de estas escalas son (ver tabla 11):

Tabla 11
Escalas de un ítem y escalas unidimensionales

Escala de Gough Gough et al. 1983	1 Ítem, EVA , 1 línea de 10 cm Sentimiento bienestar ese día
Escala Karnofsky Karnofsky et al. 1948, 1949	Es una escala de 11 categorías de 0 a 100 Observador evalúa síntomas afectan AVD
Escala ECOG Oken et al. 1982	La escala consta 5 niveles Observador valora síntomas y funcionamiento
Escala de OMS Zubrod et al. 1960	La escala consta 5 niveles Observador valora funcionamiento físico

Un debate que aparece a lo largo de estas revisiones es el del empleo de las escalas unidimensionales frente a las multidimensionales. Osoba (1994) indica la evidencia de que estos instrumentos de medida unidimensionales no son los suficientemente amplios para evaluar adecuadamente la calidad de vida, por lo que se destaca la utilización de las escalas multidimensionales. En el instrumento de medida de CV de la EORTC por ejemplo, se ha encontrado que hay coeficientes adecuados de correlación entre la escala ECOG de *performance status* y las escalas que miden el funcionamiento físico y de rol, pero no sucede así con las escalas que miden funcionamiento emocional, cognitivo o social.

2.3.5. El desarrollo del instrumento de medida de calidad de vida del grupo de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC)

La *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* tal como se recoge en Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers (1994), Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers (1995), Kiebert y Kaasa (1996), fue fundada en 1962, es un organismo internacional sin ánimo de lucro que se dedica a desarrollar, coordinar y estimular la investigación clínica y experimental en Europa, para mejorar la efectividad del tratamiento del cáncer incrementando la expectativa de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

La década de los años 80 y 90 fue testigo de un creciente interés en ir ampliando los criterios de evaluación empleados en los ensayos clínicos del cáncer, más allá de los tradicionales, como las medidas de tipo biomédicas, es decir, la respuesta del tumor, el intervalo progresión, y/o la supervivencia global, incluyendo cada vez más la evaluación del impacto de la enfermedad y su tratamiento en el funcionamiento físico, psicológico y

social del paciente. En 1986, la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) grupo de estudio sobre la calidad de vida inició un programa de investigación (Protocolo de EORTC 15861) a largo plazo, cuyo objetivo era desarrollar un sistema de medición integrado para evaluar la calidad de vida de pacientes que participan en ensayos clínicos internacionales (Aaronson et al., 1993). Desarrolló el marco conceptual y metodológico para la evaluación del estado de salud propuesto por las Ware (1984) en los Estados Unidos el innovador trabajo empírico de Priestman y Baum (1976) en el Reino Unido, y el trabajo de Schipper, Clinch, McMurray, y Levitt (1984) en Canadá, donde se resaltaba un enfoque modular de la evaluación de la calidad de vida. La intención era crear un instrumento de medida de CV general que incorpora una gama de problemas de salud física, emocional y social relevantes para una amplia variedad de pacientes con cáncer, con independencia de su diagnóstico específico, complementado con una valoración modular de un diagnóstico específico de cáncer. La adopción de esta estrategia de la evaluación modular intentaba reconciliar dos requisitos principales de la medida de la calidad de vida: 1) un grado suficiente de generalización para permitir las comparaciones entre estudios y 2) un nivel de especificidad adecuado en las investigaciones para hacer frente a cuestiones de especial relevancia en un determinado ensayo clínico (Aaronson et al., 1993). Por esa razón, se estableció una Unidad de Calidad de Vida en la oficina central de la EORTC (*Data Cancer*) en 1993. Los objetivos principales de esta unidad son los de estimular, incrementar y coordinar los estudios de la calidad de vida como una variable de valoración de tratamiento en los ensayos clínicos dentro de la EORTC, y asegurarse que la implementación de estudios de calidad de vida estuvieran a los más altos estándares. En este sentido, la principal labor de esta unidad es múltiple: la de establecer una infraestructura adecuada para el manejo de datos en estudios de calidad de vida; llevar a cabo el diseño, colección y análisis de los datos de calidad de vida en ensayos clínicos; y generar estrategias específicas de investigación en esta área.

El Grupo de Estudio de Calidad de Vida fue creado para aconsejar al Centro de Datos y a los diferentes Grupos Cooperativos, en el diseño, implementación y análisis de los datos de calidad de vida en los ensayos clínicos Fase III de tratamientos farmacológicos (Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers, 1994; Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers, 1995; Aaronson et al., 1993; Kiebert y Kaasa, 1996). Actualmente son miembros de este grupo investigadores de 16 países de Europa, además de Canadá, EE.UU. y Australia. Está formado por un amplio grupo de profesionales, incluyendo oncólogos, radioterapeutas, cirujanos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y metodólogos con experiencia en la investigación en calidad de vida provenientes de Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos. Estos autores consideran que esta diversidad cultural y profesional ha demostrado tener un gran valor para dirigir al grupo en la evaluación de la calidad de vida.

Los objetivos del grupo de calidad de vida de la EORTC serían (Young y Maher, 1999):

1. Desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables para medir la calidad de vida de los pacientes que participan en ensayos clínicos internacionales.
2. Asesorar a la EORTC sobre la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, como uno de los resultados del tratamiento del cáncer.
3. Asesorar en el diseño, implementación y análisis de los estudios de calidad de vida dentro de los ensayos de la EORTC.
4. Llevar a cabo investigación básica en la evaluación de la calidad de vida.
5. Contribuir a iniciativas de formación para promover la aplicación del sistema de evaluación de la calidad de vida.
6. Desarrollar y mantener relaciones con otros grupos diferentes a la EORTC, que llevan a cabo estudios de calidad de vida en Oncología.

Un objetivo inicial del Grupo fue conseguir un consenso en relación a cómo la calidad de vida debe ser definida y evaluada. Se decidió evaluar los aspectos relacionados con la salud, y se consideró que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida.

En los últimos años este Grupo ha realizado una amplia investigación dirigida a desarrollar instrumentos de medida de calidad de vida en los pacientes. Un aspecto importante dentro de la EORTC era el determinar el nivel óptimo de especificidad de los instrumentos para cáncer en general o para un tipo específico de cáncer. El Grupo decidió crear:

1. Un instrumento de evaluación general para cáncer, que se pudiera emplear en diferentes estudios y que pudiera incorporar aspectos de especificidad de la enfermedad y del grupo diagnóstico. La intención era la de contar con un instrumento general, que incluyera un rango de aspectos físicos, emocionales y sociales, independientes del grupo diagnóstico específico.
2. El instrumento de evaluación general se podía complementar con módulos específicos para cada tipo de tratamiento o tumor.

Esta aproximación modular intentaba reconciliar dos requerimientos de la valoración de calidad de vida: tener un nivel suficiente de generalidad para permitir comparaciones transculturales y entre tumores, y tener un nivel de especificidad adecuado para dirigirse a aquellas preguntas de investigación que fuera relevantes en un determinado ensayo clínico.

Por lo tanto, el Grupo de Estudio de Calidad de Vida, decidió crear un instrumento de medida que, además de ser específico para cáncer, contara con las siguientes premisas:

1. Ser utilizable en estudios nacionales e internacionales, con la relevancia puesta en la aplicación transcultural.
2. Ser diseñado fundamentalmente para que lo contestara el paciente.
3. Ser multidimensional en su estructura, cubriendo, al menos, cuatro dimensiones básicas de calidad de vida: síntomas de la enfermedad y toxicidad, funcionamiento físico y de rol, psicológico y social.
4. Estar compuesto de escalas multi-ítems.
5. Ser relativamente breve, con una cumplimentación media de 10 minutos.

La evolución del instrumento de medida de la CV de la EORTC pasa por dos generaciones del cuestionario el QLQ-C36 y el QLQ-C30:

Se decidió construir un cuestionario general que incluyera áreas del funcionamiento físico, social y emocional, comunes a un espectro amplio de pacientes con cáncer. Este cuestionario podía ser complementado con módulos específicos para cada tipo de tumor. Se establecieron unos criterios para su construcción: 1) un cáncer específico, 2) que fuera multidimensional en la estructura, 3) apropiado para la autoadministración (es decir, breve y fácil de completar) y 4) aplicable a través de una amplia gama de contextos culturales.

La primera versión del cuestionario de calidad de vida de la EORTC fue el QLQ-C36 (*Quality of Life Questionnaire*), fue desarrollado en 1987 por este grupo, contenía 36-ítems. Se llevó a cabo un estudio de validación en una muestra de pacientes con cáncer de pulmón provenientes de 15 países (Aaronson et al, 1992). Los resultados psicométricos fueron aceptables, pero indicaban que se podían hacer mejoras en algunas escalas.

La segunda generación del cuestionario, el QLQ-C30, mantiene la misma estructura básica del QLQ-C36. (Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers, 1994; Aaronson, Cull, Kaasa, y Sprangers, 1995; Aaronson et al, 1993; De Boer, Sprangers, Aaronson, Lange, y Van Dam, 1996). Existen tres versiones de este instrumento, versiones 1.0, 2.0 y 3.0. La versión actual es 3.0 del QLQ-C30, que es de la segunda generación, consta de 30 ítems. La escala incorpora cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas formadas por fatiga, dolor y náuseas-vómitos, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales: disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea; y el impacto económico percibido

de la enfermedad. La versión 3.0 difiere de la versión 2.0 que en los 5 primeros ítems (escala funcional) se emplea un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. Esta codificación es con opciones de respuesta como “en absoluto”, “un poco”, “bastante” y “mucho”; igual forma de respuesta que va desde el ítem 6 al 28. La versión 3.0 fue validada en los estudio de campo de la EORTC por Bjordal et al. (2000). Algunos investigadores han realizado estudios de validación en instituciones individuales: Bjordal y Kaasa (1992), Osoba et al. (1994) y Ringdal y Ringdal (1993). Los resultados estadísticos han sido consistentes con el estudio internacional. El QLQ-C30 tiene desde adecuados a incluso excelentes niveles de fiabilidad y validez. Por otra parte, la propuesta psicométrica del instrumento es consistente a través de diferentes idiomas y países, con el QLQ-C30 ahora está listo para el uso general, si bien existe una urgente necesidad para el desarrollo de módulos específicos que suplementen al instrumento base.

2.3.6. El desarrollo de los módulos que complementan al QLQ-C30 en la EORTC.

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer centrada en la evaluación de la calidad de vida propone directrices para el desarrollo de módulos. El instrumento QLQ-C30 básico ha sido diseñado para cubrir una gama de temas de calidad de vida (CV) pertinentes a un amplio espectro de pacientes con cáncer. Eso pretende que este QLQ-C30 se complemente más específicamente con subescalas (“módulos”) para evaluar los aspectos de la CV de especial importancia para subgrupos específicos de pacientes con cáncer (Sprangers, Cull, Bjordal, Groenvold, y Aaronson, 1993). Un aspecto esencial del enfoque “modular” con la evaluación CV adoptada por la EORTC es el desarrollo de módulos específicos según localización tumoral, modalidad de tratamiento, o una dimensión específica de CV, que se administra como complemento al cuestionario básico (EORTC QLQ-C30). Los módulos, como el cuestionario básico, están diseñados principalmente para su uso en ensayos clínicos con cáncer, pero se pueden utilizar también en otros contextos de investigación. Un módulo es definido como un conjunto de elementos de evaluación de la calidad de vida, con áreas no cubiertas por el cuestionario básico QLQ-C30 de la EORTC y que se considera relevante para el objetivo de la investigación y la población diana. Este conjunto de elementos puede incluir: a) los síntomas de enfermedades relacionadas con la localización del tumor (por ejemplo, síntomas urinarios en el cáncer de próstata) o etapa o estadio dentro de la localización del tumor (por ejemplo, locales vs. metastáticos); b) efectos secundarios y otras cuestiones relacionadas con el tratamiento (por ejemplo, cambios en la piel por efecto de la radioterapia, neuropatía inducida por la quimioterapia), o c) otras dimensiones de calidad de vida adicionales afectadas por la enfermedad o el tratamiento, tales como fatiga, sexualidad, imagen corporal y miedo a la recaída de la enfermedad (Sprangers et al., 1993). En algunos casos, el contenido del módulo

intenta ampliar áreas evaluadas brevemente por el cuestionario general (disnea, dolor, etc.), mientras que en otros, se incluyen áreas totalmente nuevas (alopecia, sexualidad), cuestiones que afectan a determinados tipos de tumores (por ejemplo, tumor primario o metastático), aspectos de la atención asistencial (por ejemplo, la satisfacción del paciente), las necesidades psicológicas de los pacientes (por ejemplo, información), o el área espiritual. En los últimos años se han desarrollado módulos para diferentes grupos de pacientes (por ejemplo, personas de edad avanzada; cuidados paliativos) y de los síntomas y efectos secundarios producidos por nuevos tratamientos.

El grupo de CV de la EORTC ha establecido una guía para la creación de estos módulos que complementan al cuestionario básico. La construcción del módulo comienza con una investigación de los elementos relevantes mediante revisiones científicas para el desarrollo del módulo. Contienen escalas e ítems revisados en artículos que abordan la enfermedad, síntomas y tratamientos específicos del cáncer y aspectos de la salud revisados por profesionales y con una orientación multidisciplinar. Los módulos se desarrollan de acuerdo a las directrices para estandarizar el proceso de desarrollo del módulo para garantizar la calidad y la uniformidad. El proceso de desarrollo del módulo consta de cuatro fases: (1) generación de las cuestiones relevantes y pertinentes de calidad de vida; (2) la conversión de los temas CV en un conjunto de elementos; (3) la evaluación preliminar del instrumento de medida (módulo); y (4) pruebas de campo a gran escala. El desarrollo del módulo debe llevarse a cabo de forma simultánea en varios grupos culturales e idiomas (Johnson et al., 2011).

Los módulos que complementan QLQ-C30 se utilizan ampliamente para evaluar la CV de ensayos clínicos en oncología. En el área de la oncología clínica, hay cambios importantes y adelantos que se realizan en el tratamiento del cáncer y su evaluación. La introducción de los nuevos tratamientos quimioterapéuticos, fármacos, agentes biológicos, protocolos de radioterapia y cambios en el abordaje quirúrgico significa que los módulos pueden convertirse en parte obsoleta o que puedan requerir elementos adicionales para cubrir la totalidad de los efectos secundarios o los beneficios asociados a los nuevos tratamientos.

Este sistema modular incluye el cuestionario básico QLQ-C30 de la EORTC y, además, 19 módulos validados actualmente (ver tabla 12). El sistema de evaluación modular se ha ido ampliado para incluir una gama más amplia de temas de importancia para los pacientes de cáncer, incluyendo sus necesidades de información, satisfacción con la atención y el bienestar espiritual. Una versión de 15 ítems del QLQ-C30, el QLQ-C15-PAL ha sido desarrollada para el ámbito de la atención paliativa en fase de validación. Varias revisiones sistemáticas indicaron que el QLQ-C30 es el instrumento de medida de CVRS más utilizado en ensayos clínicos aleatorios (Fallowfield, 1995).

Tabla 12
Módulos complementarios de la EORTC

<i>Bone Metastases</i> (QLQ-BM22)	<i>Hepatocellular Carcinoma</i> (QLQ-HCC18)
<i>Brain</i> (QLQ-BN20)	<i>Information</i> (QLQ-INFO25)
<i>Breast</i> (QLQ-BR23)	<i>Lung</i> (QLQ-LC13)
<i>Cervical Cancer</i> (QLQ-CX24)	<i>Multiple Myeloma</i> (QLQ-MY20)
<i>Colorectal</i> (QLQ-CR29)	<i>Neuroendocrine Carcinoid</i> (QLQ-GINET21)
<i>Colorectal Liver Metastases</i> (QLQ-LMC21)	<i>Oesophageal</i> (QLQ-OES18)
<i>Endometrial</i> (QLQ-EN24)	<i>Oesophago- Gastric</i> (QLQ-OG25)
<i>Gastric</i> (QLQ-STO22)	<i>Ovarian</i> (QLQ-OV28)
<i>Head & Neck</i> (QLQ-H&N35)	<i>Prostate</i> (QLQ-PR25)
<i>Elderly Cancer Patients</i> (QLQ-ELD14)	

2.3.7. Estudios de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal

Durante la última década, la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal ha mejorado significativamente gracias al diagnóstico más temprano y los avances en el tratamiento. Aproximadamente el 80% de los pacientes con cáncer colorrectal ahora sobreviven el primer año después del diagnóstico, con la supervivencia a 5 años que varía entre el 45% y el 65% en los países desarrollados y entre el 8% y el 40% en los países en vía de desarrollo (American Cancer Society, 2011). Este aumento en las tasas de supervivencia de cáncer colorrectal sugiere que aspectos del ajuste enfermedad y la calidad de vida se están volviendo cada vez más importante y es una medida de resultado a tener en cuenta. Aproximadamente el 10-40% de los pacientes con cáncer experimentan niveles significativos de malestar psicológico (Akechi et al., 2006; Kaasa et al., 1993; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, y Piantadosi, 2001). Los rasgos específicos de la personalidad también pueden desempeñar un papel importante en la adaptación psicológica en los pacientes con cáncer colorrectal. Varios parámetros socio-demográficos y de la enfermedad han sido identificados como predictores o corre-

latos del estado de salud y la calidad de vida (Dunn et al., 2003; Jansen, Koch, Brenner, y Arndt, 2010; Pachler y Wille-Jørgensen, 2012).

Diversos estudios se han realizado en cáncer colorrectal y la calidad de vida, pero pocos estudios con un diseño longitudinal. Entre los diferentes estudios revisados está el estudio de Allal, Sprangers, Laurencet, Reymond, y Kurtz (1999), cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida a largo plazo en pacientes tratados con radioterapia con o sin quimioterapia para los carcinomas rectales. La muestra incluida fue de 41 pacientes. El tiempo de seguimiento promedio fue de 116 meses (rango: 37-218). Para el estudio se utilizó el instrumento de medida de CV de la EORTC QLQ-C30, usándose un diseño transversal. Los tratamientos fueron heterogéneos entre todos los pacientes de la muestra, incluyendo radioterapia y quimioterapia. Ninguna de las puntuaciones de las escalas funcionales y de síntomas pareció ser mejor en los pacientes con seguimiento a más largo plazo. En los pacientes tratados con conservación del esfínter para los carcinomas rectales, la calidad de vida a largo plazo, medida por la EORTC QLQ-C30 y QLQCR38 pareció ser aceptable, con la excepción del síntoma de diarrea y la función sexual. Por otra parte, el subgrupo de pacientes que presentaron complicaciones graves y/o disfunción anal mostró peores puntuaciones en la mayoría de las escalas. Los resultados del cuestionario EORTC QLQ-C30 fueron similares al de la población de referencia, a excepción de que los pacientes con cáncer tenían diarrea con mayor frecuencia. Por otro lado, se demostró claramente un impacto negativo en la calidad de vida por complicaciones rectales posteriores. Del módulo específico (EORTC QLQ-CR38), se concluye que la escala funcional alcanza valores aceptables sin contar la función sexual, que es más baja. Respecto de la puntuación de síntomas, los gastrointestinales, la defecación, la disfunción urinaria resultaron aceptables, mientras que la disfunción sexual fue significativamente elevada, especialmente en hombres. Complicaciones posteriores al tratamiento influyen en gran medida estos resultados que requieren estudio más extenso, principalmente en aspectos técnicos de la radioterapia. Finalmente, se debe indicar que, a pesar de las complicaciones rectales en un 50% de los pacientes, el 71% de los pacientes mostraron una elevada satisfacción con su función rectal (Allal et al., 1999).

En un estudio de Ramsey et al. (2000) se presentaron los resultados de una encuesta de calidad de vida en una muestra de pacientes con carcinoma colorrectal con el objetivo de evaluar su calidad de vida a lo largo del tiempo desde el diagnóstico. Las encuestas incluyeron una pregunta de salud para la calificación global de la salud (mala, regular, buena, muy buena, y excelente), un instrumento de medida específico de la enfermedad colorrectal relacionados con la calidad de vida, y una medida genérica de calidad de vida que registra las preferencias del estado de salud individual. Los instrumentos validados incluyeron la escala de Evaluación Funcional de Cáncer y Escalas de

Terapia para el carcinoma colorrectal (FACT-C) y el Índice de Salud (HUI) Mark III. Los resultados mostraron que los factores específicos del carcinoma colorrectal y factores demográficos no se asociaban significativamente con la calidad de vida, sólo el estado de bajos ingresos económicos se asoció de significativamente con la calidad de vida. Sólo el haber tenido un salario bajo se asoció de forma significativa con la calidad de vida para ambas medidas. En los 3 primeros años tras del diagnóstico, la calidad de vida era inferior y variaba sustancialmente entre los encuestados. Los encuestados en todo tipo de estadios de la enfermedad, excepto en el estadio IV reportaron una mejor calidad de vida. Los sueldos bajos fueron asociados con peores resultados para el dolor, deambulación, y bienestar social y emocional. Sólo las puntuaciones de bienestar emocional mejoraron significativamente con el tiempo. Las personas que lograron una remisión a largo plazo del cáncer colorrectal pueden experimentar relativamente una mejoría en su calidad de vida (Ramsey et al., 2000).

Ramsey, Berry, Moinpour, Giedzinska, y Andersen (2002) en otro estudio se plantearon como objetivo determinar la calidad de vida de los supervivientes a largo plazo del cáncer colorrectal. La muestra estaba formada por 227 pacientes con cáncer colorrectal que habían sobrevivido, al menos, 5 años desde el diagnóstico fueron incluidos el estudio, la media de edad fue de 74 años (DT=8.9), siendo un 46% de la muestra eran mujeres. Los instrumentos de medida psicológicos utilizados fueron el CES-D y SF-36. No se indicó condiciones comórbidas relacionadas con el cáncer, y el estatus de bajos ingresos económicos tenía más influencia en la calidad de vida en general que la etapa inicial de cáncer colorrectal o el tiempo desde el diagnóstico del cáncer. En comparación entre los pacientes, los supervivientes a largo plazo mostraron una mayor calidad de vida en general, pero tuvieron tasas más altas de depresión. Un 16% informó de tres o más evacuaciones al día; 49% informó de diarrea crónica recurrente. Quienes logran la remisión a largo plazo por cáncer colorrectal podrían experimentar una relativamente alta calidad de vida, aunque los síntomas físicos tales como la diarrea y los síntomas depresivos continúan siendo un problema. El bajo nivel socioeconómico y la presencia de múltiples condiciones comórbidas fueron factores de riesgo para la depresión.

El propósito del análisis presentado en el estudio de Trentham-Dietz et al. (2003) fue describir la calidad de vida de mujeres supervivientes de cáncer colorrectal a largo plazo, así como estudiar los factores que pueden modificar sus puntuaciones de calidad de vida. El estudio contó con una muestra de 726 mujeres diagnosticadas con cáncer colorrectal. Entre 1990-1991 se realizó una evaluación basal. De las 443 mujeres vivas en 1999 en el seguimiento fue 9 años de media (rango: 7-11 años de seguimiento), la edad media de las pacientes fue de 72 años (rango: 43-85), de todas 307 (69%) completaron un instrumento de evaluación durante el seguimiento incluyendo datos de los

resultados médicos y la encuesta de estado de salud Short-Form Health Status Survey 36 (SF-36) que comprende 36 ítems con dos puntuaciones globales: puntuaciones de componente físico y psicológico. La media de las puntuaciones del componente físico fue menor para pacientes mayores con mayor número de comorbilidades. La puntuación media del componente psicológico fue menor para pacientes con mayor número de comorbilidades. Las supervivientes de cáncer colorrectal mayores mostraron una CV similar al grupo de iguales de la población sana. Este dato sugiere que para pacientes con larga supervivencia, los factores como el envejecimiento, peso corporal y condiciones médicas crónicas juegan un papel predominante en la determinación de la salud física y mental respecto de los factores relacionados con el diagnóstico inicial de cáncer colorrectal.

En el presente estudio de Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, y Brenner (2004), se planteó el objetivo de identificar los problemas específicos de la CV en los supervivientes de cáncer colorrectal en comparación de hombres y mujeres con la población general 1 año después del diagnóstico, que es cuando en los tratamientos agudos se espera que hayan disminuido los efectos secundarios. La muestra estuvo formada por 309 pacientes de Saarland (Alemania). La edad media de los pacientes fue de 65.1 años (DT=9.4). Se utilizó el cuestionario EORTC-QLC30. Las puntuaciones de las escalas funcionales, los síntomas y la CV se compararon con los datos de referencia publicados de la población general. En comparación con la población en general, los pacientes con cáncer colorrectal presentaron un ligero empeoramiento en las escalas funcionales de rol, cognitiva y física, y de la CV global. Se observaron limitaciones más graves para el bienestar emocional y escala de funcionamiento social y de las subescalas de síntomas de fatiga, disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea, y las dificultades financieras. Las diferencias con respecto a las puntuaciones de las subescalas funcionales y de los síntomas se encuentran predominantemente en los grupos de edad más jóvenes, mientras que pacientes mayores con cáncer calificaron su salud y CV de manera similar a la población general. Déficits en el funcionamiento emocional y social y las limitaciones específicas como la fatiga, disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras son los principales factores que empeoran la CV en los pacientes con cáncer colorrectal, y parece afectar a pacientes en su mayoría jóvenes (Arndt et al., 2004).

Algunos estudios también indican que la edad en el momento de la cirugía tiene un efecto general sobre los resultados. Schmidt, Bestmann, Kuchler, Longo, y Kremer (2005) realizaron un estudio prospectivo durante un período de 5 años. Administraron el cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30) y el módulo específico de cáncer colorrectal QLQ-CR38 a los pacientes con cáncer colorrectal antes de la cirugía, al alta y postoperatoriamente a los 3, 6, 12, y 24 meses. Se hicieron comparaciones entre

los grupos de edad. Se pudieron recoger datos de calidad de vida disponibles de 253 pacientes, divididos en dos grupos: iguales o menores de 69 años de edad (n= 168) y mayores o iguales de 70 años (n= 85). Se observaron diferencias significativas entre los pacientes igual o menores de 69 años de edad y los mayores de 70 años de edad. Las escalas de Funcionamiento Físico y de Rol fueron mejores para los pacientes menores de 69 años; los pacientes mayores de 70 años sufrieron un aumento de dolor y fatiga. Los pacientes más jóvenes tuvieron más dificultades con la satisfacción sexual; y la actividad sexual fue peor para los pacientes de edad mayor de 70 años durante el período postoperatorio temprano, mejorando después. Los pacientes menores de 69 años tenían mayores niveles de estrés con el tiempo. En este estudio los resultados confirmaron que la calidad de vida es dinámica en el tiempo y la edad tiene un impacto en la CV y en la sexualidad. Los pacientes de edad mayores de 70 años se vieron afectados por un funcionamiento físico deteriorado aunque su salud global y fatiga mejoran con el tiempo, mientras que se aumentó el estrés durante el período postoperatorio temprano. Los pacientes de edad menores de 69 años experimentaron un creciente estrés a lo largo del tiempo debido al deterioro de la función sexual (Schmidt et al., 2005).

Siguiendo la evolución de la revisión de estudios que han utilizado la medición de la CV. El estudio de Mastracci, Hendren, O'Connor, y McLeod (2006) tiene como objetivo comparar la calidad de vida y el estado funcional de pacientes ancianos mayores de 80 años que habían experimentado la cirugía para el cáncer colorrectal, con pacientes de menor edad (menores de 70 años), y un grupo de control. Todos tenían tratamiento para el colon cáncer en los últimos cinco años. Había 29 pacientes en cada uno de los grupos. Las edades promedio fueron 83.2 años (DT=2.79), y 67.7 años (DT=5.1) respectivamente. Los pacientes fueron evaluados por correo utilizando el cuestionario la EORTC QLQ-C30 y el módulo específico del cáncer colorrectal QLQCR38 y Short Form Health Survey (SF-36). Los dos grupos puntuaron sin hallarse diferencias en la CV y en todas las dimensiones de las escalas funcionales del instrumento de la EORTC, excepto el Funcionamiento Físico, Rol, disnea, micción y problemas relacionados con la colostomía, que tuvieron peor puntuación los pacientes mayores de 80 años. Así mismo, las puntuaciones medias de SF-36 fueron similares, a excepción de la dimensión de vitalidad, que tenía medias más altas en los pacientes mayores de 80 años. La mayoría de los pacientes no requieren asistencia o intervención especial después del alta hospitalaria, y la mayoría de los pacientes pudieron regresar a su nivel de funcionamiento preoperatorio. Sin embargo, el cuidado de la colostomía era una preocupación mayor para los pacientes más mayores. Los pacientes ancianos mayores de 80 años que se seleccionan para la cirugía tuvieron una CV comparable a los pacientes más jóvenes en la mayoría de los aspectos. Por lo tanto, la cirugía del cáncer colorrectal se puede ofre-

cer a personas ancianas con la expectativa de una buena CV después de la operación (Mastracci et al., 2006).

Schneider et al. (2007) realizaron un estudio con los informes de listado de síntomas de 474 supervivientes de cáncer de colon y de recto en 5 áreas metropolitanas de EE.UU., que fueron reclutados durante 2002-2003 como parte de un estudio más amplio de la calidad de la atención de los pacientes con cáncer diagnosticados en 1998. La relación entre la prevalencia de síntomas y tratamientos previos recibidos fue analizado, mediante ajuste estadístico teniendo en cuenta otras características de los pacientes como las sociodemográficas. Los síntomas más comunes descritos fueron "fatiga" (23%), "sentimientos negativos acerca de la imagen corporal" (14%), "diarrea" (13%) y "estreñimiento" (7%). Un mayor porcentaje de los encuestados atribuye efectos sobre la salud en el cáncer o su tratamiento incluyendo "preocupación por la salud" (24%), "malestar físico" (19%), y "limitaciones de la actividad" (15%). En general, la prevalencia de síntomas no se asoció con el tipo tratamiento recibido. Sin embargo, los destinatarios de la terapia de radiación y los pacientes que recibieron una resección abdomino-perineal con ostomía tenían más probabilidades de referir los síntomas indicados anteriormente. Los efectos sobre la salud atribuidos a la enfermedad no varían según el tratamiento previo, excepto para aquellas personas con radioterapia, que tuvieron más probabilidades que otras, en las limitaciones de sus actividades diarias (30%) vs los pacientes no recibieron radioterapia (10%). Los supervivientes de cáncer colorrectal tuvieron una prevalencia de síntomas a los 4 años baja y comparable a las estimaciones publicadas sobre la población en general, pero algunos supervivientes continúan atribuyendo los efectos sobre la salud al cáncer o a su tratamiento (Schneider et al., 2007).

El estudio de Gall et al. (2007) fue diseñado como una evaluación longitudinal de la CV relacionada con la salud después de tratamiento de 338 pacientes con carcinoma del colon, se evaluó la satisfacción del paciente con dos seguimientos médicos diferentes (generalistas vs. los cirujanos). Un total de 338 pacientes fueron reclutados en los pacientes fueron asignados al azar (n = 203) y los no asignados al azar respetando su preferencia (n = 135) en el seguimiento. La evaluación física y psicológica relacionada con la salud y CV y la satisfacción se evaluaron prospectivamente durante dos años. Las personas mayores y pacientes con nivel cultural más bajo prefieren seguimiento por médicos generalistas sobre cirujanos. En general, el Funcionamiento Físico relacionado con la CV se reduce después de tratamiento; sin embargo, esto vuelve a los niveles normales al cabo de un año. La CV, la ansiedad y la depresión están al mismo nivel o por encima de los niveles de la población general durante los dos años del periodo de seguimiento. No hubo diferencias en las medidas físicas o psicológicas de la CV

relacionada con la salud entre los dos grupos de seguimiento por médico general y por cirujano. Los pacientes estaban igualmente satisfechos con el seguimiento por médico general o el cirujano. Después de la recuperación de tratamiento del cáncer de colon, la CV es similar a la población en general (Gall et al., 2007).

El estudio de Steginga, Lynch, Hawkes, Dunn, y Aitken (2009) se evaluó prospectivamente la influencia de las variables médicas, sociodemográficas, y psicológicas en el estilo de vida física, social, familiar, emocional, bienestar funcional y preocupaciones específicas del cáncer colorrectal en una muestra poblacional de supervivientes del cáncer colorrectal. Los participantes (n= 1.822) con edad media de 65 años (DT=10) fueron evaluados a los 6 y 24 meses después del diagnóstico; las variables evaluadas a los 6 meses incluyeron variables sociodemográficas y médicas, síntomas y efectos secundarios, índice de masa corporal, actividad física, optimismo, apoyo social, y la valoración de la amenaza del cáncer. La CV se evaluó mediante el instrumento de CV específico de cáncer colorrectal (FACT-C). Para cada subescala de CV, y para la escala general FACT-C, las puntuaciones a los 6 meses fueron los predictores más fuertes de las puntuaciones de CV a los 24 meses después del diagnóstico. Las variables sociodemográficas, médicas y psicosociales, pero no las variables indicadoras del estilo de vida. Sólo la valoración de cáncer como amenaza fue asociada con las cinco dimensiones de CV. La valoración del cáncer como amenaza se presenta como una variable potencialmente modificable para intervenciones que buscan mejorar la CV. Las estrategias de control de los síntomas y el estilo de vida mejoraron los efectos de co-morbilidad. Las intervenciones en el estilo de vida para los supervivientes de cáncer tienen como objetivo de la actividad física y la dieta, están aumentando en importancia, fortalecidos por el reconocimiento de su potencial para reducir el riesgo de la recaída del cáncer. El estadio de la enfermedad y los síntomas físicos molestos como la incontinencia fecal también deben ser incluidos en la evaluación de la CV (Steginga et al., 2009).

Este otro estudio realizado en Jordania de Abu-Helalah, Alshraideh, Al-Hanaqta, y Arqoub (2014) fue un estudio transversal de los supervivientes de cáncer colorrectal diagnosticados entre 2009 y 2010 con pacientes con cáncer localizado y metastásico. La evaluación se realizó con el cuestionario de CV de la EORTC (QLQ-C30), el módulo específico del cáncer colorrectal (EORTC QLQ-CR 29) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). También se recogieron datos sobre los posibles predictores de las puntuaciones. La muestra consistió en 241 participantes con una edad media de 56.7 años (DT=13.6). Un 77.1% de los participantes en el estudio se encontraban dentro de la categoría "normal" para la puntuación de la depresión, mientras que el 81.7% estaban dentro de esta categoría para la puntuación de ansiedad; un 5.4% de los participantes tenía ansiedad grave, y otro 5.4% de ellos tenían depresión severa. Las puntua-

ciones de los pacientes jordanos con cáncer colorrectal indicaban que tienen una buena calidad de vida y bienestar psicológico en comparación con los pacientes de los países occidentales. La puntuación media global de CV para el QLQ-C30 fue 79.7 con sólo un 6.6% de los pacientes obtuvieron menos del 33.3% de la puntuación media global. Entre las escalas funcionales, fue Funcionamiento Emocional la que tuvo las puntuaciones más altas, mientras que el Funcionamiento Físico obtuvo la puntuación más baja. Las peores puntuaciones medias de los síntomas de las escalas del QLQ-C30 fueron para los trastornos del sueño (insomnio) y las dificultades económicas. Los predictores estadísticamente significativos para la puntuación de la CV global fueron la recurrencia del cáncer y la puntuación media de la diarrea. Las escalas de Funcionamiento Físico fueron predichas por la recurrencia del cáncer, la resección y anastomosis en la cirugía, la radioterapia, el uso de una colostomía, residencia fuera de Amman, la pérdida de apetito y la puntuación total de la escala HADS (Abu-Helalah et al., 2014).

El grupo español de Sánchez-Jiménez et al. (2014) se planteó como objetivo el medir la CV, el estado funcional y la fatiga en los supervivientes de cáncer colorrectal en comparación con controles sanos. La muestra la componían 23 supervivientes de cáncer colorrectal de edad media 56.2 años (DT=8.3) y 22 participantes sanos de edad media 59.8 años (DT=9.3). El nivel de condición física (músculo flexor del tronco, prueba de resistencia, prueba de marcha de 6 minutos, sentarse en la silla, realizar prueba de flamenco) se evaluó en ambos grupos. Los participantes completaron el cuestionario de CV de la EORTC (QLQ-C30), la escala de fatiga de Piper (PFS) y la *International Fitness Scale (IFIS)*. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos para todos los parámetros de estado físico. Además, los análisis revelaron diferencias significativas en todas las puntuaciones de IFIS, PFS y las puntuaciones de las escalas funcionales del QLQ-C30 entre los supervivientes de cáncer colorrectal y el grupo de control. Los resultados mostraron un aumento significativo en las puntuaciones de síntomas como la fatiga, disnea y diarrea en los supervivientes de cáncer. Este estudio muestra la existencia de la percepción y deterioro del nivel de condición física y estado funcional relacionada con la salud, la presencia de fatiga moderada durante el cáncer y reducción de la CV percibida en los supervivientes de cáncer colorrectal en comparación con los controles sanos (Sánchez-Jiménez et al., 2014).

Estos estudios indican que la CV de los pacientes con cáncer colorrectal es generalmente peor en el período postoperatorio temprano (Camilleri-Brennan y Steele, 2001) y que puede mejorar desde el tercer mes de postoperatorio en adelante (Breukink et al., 2007; Schmidt et al., 2005; Tsunoda, Nakao, Hiratsuka, Tsunoda, y Kusano, 2007). Además, otros estudios mostraron que la CV se reduce temprano después del tratamiento, pero mejora gradualmente con el tiempo en ausencia de recurrencia o de

progresión de la enfermedad (Gall et al., 2007; Kopp, Bauhofer, y Koller, 2004). En los tres primeros años tras el diagnóstico, la CV de los pacientes en algunos estudios fue menor y varía sustancialmente entre los pacientes, pero después de tres años, los encuestados mostraron una mayor CV relativamente uniforme (Ramsey et al., 2000). Sin embargo, otros estudios han encontrado cursos variables o ningún cambio en la CV con el tiempo (Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kampletsas, y Pavlidis, 2011; Iconomou, Mega, Koutras, Iconomou, y Kalofonos, 2004; Yost, Hahn, Zaslavsky, Ayanian, y West, 2008). Es posible que haya distintas trayectorias y variabilidad individual en los factores que contribuyen a la CV los pacientes con cáncer colorrectal. El curso temporal de la CV depende de varios factores como la edad (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, y Brenner, 2006) y el estadio (Ramsey et al., 2000). Pasado un largo período de tiempo, la CV mejora después del diagnóstico y, si llega alcanzar un nivel comparable a la población en general, esta observación no se describe consistentemente incluso después de 3 a 4 años después del diagnóstico, donde se muestran déficits de aspectos específicos de la CV (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler, y Brenner, 2006; Engel et al., 2003b). Por lo tanto, es de interés valorar si existe deterioro en la CV debido a los efectos del tratamiento o enfermedad tardíos o persistentes, y que pueden llegar a estar presentes después de 5 o más años, así como la valoración de si las necesidades de los supervivientes con cáncer colorrectal varían con el tiempo.

La evaluación de la CV en general y el empleo de instrumentos específicos es útil para determinar si los pacientes mejoraron con el tratamiento. De hecho, un estudio demostró que el género, edad y tipo de cirugía influyen en la sexualidad y la CV después de la cirugía en el cáncer colorrectal. Por el hecho que la CV es un predictor de las complicaciones y la supervivencia, la disponibilidad de dichos datos puede ayudar al tratamiento de apoyo directo para mejorar la recuperación de los pacientes (Schmidt, Bestmann, Küchler, Longo, y Kremer, 2005). Estudios actuales han mostrado una asociación entre la línea base de la CV y la supervivencia en los cánceres colorrectales avanzados. El objetivo de estos estudios es investigar el valor predictivo la CV en la supervivencia a largo plazo después de la intervención quirúrgica del cáncer colorrectal (Sharma, Walker, y Monson, 2013).

El estudio de Jansen, Koch, Brenner, y Arndt (2010) en una revisión bibliográfica intentan resumir los resultados de investigación actuales acerca de la CV a largo plazo de los supervivientes de cáncer colorrectal, encontrando en general una buena CV, pero en el área del estado físico en CV pueden tener ligeramente peor puntuación que la población en general. Además, los supervivientes tuvieron peores puntuaciones de depresión e informaron que sufren síntomas a largo plazo, tales como problemas intestinales y malestar con respecto al cáncer. Los estudios se realizaron principalmente

en EE.UU. y fueron heterogéneos con respecto a los instrumentos de CV utilizados y el ajuste de las covariables. A pesar de indicar que disfrutaban de una buena CV, los supervivientes de cáncer colorrectal tienen problemas físicos y psicológicos específicos. Los determinantes divulgados de la CV pueden servir para identificar a supervivientes con necesidades especiales. Pero se necesitan más estudios que se centran en problemas de diferentes áreas, como el malestar, la depresión, la sexualidad y la CV de los supervivientes de cáncer colorrectal a largo plazo.

2.3.8. Estudios de calidad de vida y factores psicosociales en la cirugía del cáncer colorrectal

Cuando un paciente es diagnosticado con cáncer colorrectal, la elección de primera línea de tratamiento más común es la cirugía para extirpar el tumor. Para tumores de recto medio y superior, la Resección Anterior Baja (RAB) suele ser el método preferido. En las lesiones del tercio inferior se puede realizar la Resección Abdominoperineal (RAP). En algunos casos, es necesario realizar una colostomía (ileostomía u ostromía) o resección abdomino-perineal, debido a la naturaleza de la resección del intestino necesaria para extirpar el cáncer en el recto. Una ostromía es una abertura quirúrgica formada en el cuerpo, que se utiliza para ayudar con la eliminación del intestino o vejiga (Galt y Hill, 2002). Una ostromía es un procedimiento que crea una abertura para eliminar las heces del cuerpo (Longe, 2005). Según el procedimiento quirúrgico utilizado y la extensión de la enfermedad las colostomías pueden ser permanentes o temporales, por lo que se puede invertir en una etapa posterior. Ha habido mucho interés en entender el impacto de una ostromía permanente sobre el funcionamiento psicosocial y la CV de pacientes con cáncer colorrectal. Existe una amplia literatura sobre el impacto de las ostromías en la CV. Una revisión Cochrane concluyó que sobre la base de las pruebas disponibles que aquellos pacientes con colostomías tienen una peor CV que aquellos sin un colostomía (Pachler y Wille-Jørgensen, 2004). Sin embargo, ha habido dos informes recientes que no han podido confirmar los omnipresentes efectos negativos sobre la CV de las ostromías (Ross et al., 2007; Sideris et al., 2005). Sin embargo, Ross et al (2007) también se encontraron diferencias significativas entre el grupo con colostomía y sin colostomía con el tiempo en depresión, funcionamiento social, imagen corporal y el funcionamiento sexual. Estos resultados coinciden con estudios anteriores, que sugieren un impacto psicosocial generalizado de la colostomía (Brown y Randle, 2005). Entre los efectos psicosociales de la colostomía incluyen problemas sexuales (Hendren et al., 2005; Weerakoon, 2001), reducido funcionamiento social (Engel et al., 2003a; MacDonald y Anderson, 1985), aumento de los niveles de síntomas depresivos (Williams y Johnston, 1983; Wirsching, Druner, y Hermann, 1975). Otro estudio muestra que hay una mayor prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer colorrectal, especial-

mente aquellos que reciben una colostomía, que puede continuar durante un período de tiempo considerable después de la cirugía (Sharma, Sharp, Walker, y Monson, 2007); y especialmente para aquellos con síntomas depresivos graves (MacDonald y Anderson, 1985). Además, hay alguna pero escasa literatura sugiriendo que la colostomía puede ocasionar alteraciones en la imagen corporal (Sideris et al., 2005).

En el área del funcionamiento psicológico, existen estudios que inciden en la prevalencia de las alteraciones psicológicas en estos dos grupos de pacientes. La variable más evaluada ha sido la depresión. Para los pacientes colostomizados la prevalencia estimada va desde un rango del 14% al 50% (Fresco et al. 1988). Las tasas de depresión entre los pacientes con esfínteres intactos exhiben un alto grado de solapamiento con los ostomizados (es decir, intervalo de 7% a 43%). En los dos estudios, la prevalencia de la depresión en los ostomizados resultó ser significativamente mayor que en los no ostomizados (Williams y Johnston, 1983). Aproximadamente un cuarto de los pacientes se ha detectado síntomas de ansiedad (MacDonald y Anderson, 1985). No existe evidencia que la ansiedad es más prevalente en pacientes colostomizados que los que no lo están (MacDonald y Anderson, 1985). Williams y Johnston (1983) no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de ansiedad entre estos dos grupos. Hay evidencias que sugieren que la ansiedad va disminuyendo en los años posteriores a la cirugía (MacDonald y Anderson, 1985). La prevalencia de ciertos problemas como ansiedad, sentimientos de *discomfort* y desesperanza son también más alto en pacientes colostomizados pero no llega a haber diferencias significativas. Los pacientes ven alterados su estado emocional y su imagen corporal. Las alteraciones psicológicas que más se reflejan en pacientes colostomizados son la depresión, el aislamiento, los pensamientos de suicidio, los sentimientos de estigma y la baja autoestima, siendo la diferencia estadísticamente significativa con el grupo de pacientes no colostomizados. En general, el funcionamiento psicológico en mujeres jóvenes se ve más perjudicado que en hombres mayores. Adicionalmente, la depresión inicial es más alta en mujeres jóvenes con colostomía (Sprangers, te Velde, Aaronson, Babs, y Taal, 1993).

En el área del funcionamiento social se ha analizado por diversos caminos: tiempo de interrupción del trabajo, frecuencia de contactos sociales, calidad en las relaciones y limitaciones en los contactos sociales debidos a la enfermedad y tratamiento. Existen estudios en que se les preguntó a los pacientes sobre la productividad en la vida laboral (Frigell, Ottander, Stenbeck, y Pålman, 1990; Williams y Johnston, 1983). De los estudios se deriva que de un 20% a un 100% de ostomizados han reanudado el trabajo, en comparación con los no ostomizados, entre el 79% al 95% de ellos. En parte, esta diferencia entre ostomizados y no ostomizados referente al trabajo, puede explicarse por las diferencias de edad (Frigell et al., 1990). Aunque únicamente una minoría de

pacientes informa de un descenso en la frecuencia de contactos sociales (Frigell et al., 1990; MacDonald y Anderson, 1985), un 70% de pacientes comentan un deterioro en la calidad de sus relaciones con la familia y amigos (Druss, O'Connor, y Stern, 1969). En un estudio, los pacientes con colostomía confirmaron más problemas maritales (MacDonald y Anderson, 1984) que los no colostomizados. Ambos grupos informan que existen restricciones en sus niveles de actividad social.

El funcionamiento sexual es otra dimensión dentro de la CV. El estudio de las disfunciones sexuales en cáncer colorrectal ha recibido una gran atención. La sexualidad se ha medido preferentemente en hombres debido a que los nervios autónomos pélvicos se pueden ver dañados por la resección abdominoperineal. La cirugía del cáncer rectal es más difícil que la cirugía del cáncer de colon debido al espacio anatómico reducido de la pelvis, normalmente la amputación abdominoperineal se había convertido en el tratamiento quirúrgico de elección para el cáncer rectal. Alcanza a completar la supresión del recto junto con su drenaje linfático. En estos casos, la disfunción eréctil y la disfunción eyaculatoria son problemas habituales después de la intervención quirúrgica para el cáncer rectal. Estos problemas están relacionados con daños anatómicos de los nervios pélvicos causados por la radioterapia preoperatoria y lesión iatrogénica quirúrgica (Marijnen et al., 2005). A corto plazo, la radioterapia preoperatoria conduce a disfunción sexual, recuperación más lenta de la función intestinal, y deterioro de la actividad diaria en la fase postoperatoria. Sin embargo, esto no afecta seriamente a la CV. La comparación entre los pacientes con una resección anterior baja o una resección abdominoperineal demuestra que la existencia de una permanente colostomía no es el único determinante en la CV (Marijnen et al., 2005). Según varios estudios, los ratios de la disfunción eréctil y eyaculatoria después de una amputación abdominoperineal varían del 11% al 25%, y del 19% a 54%, respectivamente (Asoglu et al., 2009; Nesbakken, Nygaard, Bull-Njaa, Carlsen, y Eri, 2000).

En el hombre se estima que la disfunción sexual aparece en un rango de 62%-88%. Esto es más consistente en pacientes con colostomía. Los principales problemas en los hombres son mantener la erección y la eyaculación. La disminución en el deseo sexual se estima en un rango de 32% a 59%, de un 28% a 76% para las dificultades eréctiles y de un 66% a un 86% para la disfunción en la eyaculación (Andersen, 1985). Los predictores postoperatorios en el funcionamiento sexual son la edad del paciente, sexo y tamaño del tumor. En otro estudio se investigó el impacto de la colostomía en la CV con un enfoque especial sobre la edad (Orsini et al., 2012). El seguimiento de 143 pacientes con cáncer colorrectal tuvo un promedio de 3.4 años. Los cuatro grupos de pacientes, estratificados por tipo de cirugía: 67 pacientes con ostomía de edad media 64.7 (DT=11.1) y 76 pacientes sin ostomía de edad media 64.7 (DT=9.3) y la edad se

categorizó en el momento de la operación, menores de 70 e igual o mayores de 70 años, fueron comparados además con población estándar holandesa. Se utilizó el SF-36 y las puntuaciones de subescala de sexualidad QLQ-CR38. Los ancianos tenían una función física significativamente peor en comparación con los pacientes jóvenes. Los ancianos y pacientes sin una colostomía tuvieron un funcionamiento sexual peor en comparación con pacientes más jóvenes y pacientes con una colostomía. Los hombres mayores mostraron más disfunción sexual que los varones más jóvenes. En comparación con la población normal, los hombres mayores con una colostomía tuvieron peor funcionamiento físico, pero ligeramente mejor bienestar psicológico. Las personas mayores sin una colostomía tenían mejor funcionamiento emocional, mientras que los pacientes más jóvenes tenían peor funcionamiento y satisfacción sexual. Pacientes mayores con una colostomía tienen una CV comparable a pacientes de edad avanzada sin una colostomía o la población normal. El impacto negativo del tratamiento en funcionamiento sexual, como se ha encontrado en este estudio, pide más atención para aliviar este problema en pacientes sexualmente activos (Orsini et al., 2012).

En la mujer se describe una disminución del orgasmo asociado con otros aspectos como la depresión y la pobre imagen corporal. La incidencia de problemas se estima en un 28% para la disminución en el deseo, y un 21% tiene baja excitación o dispareunia. En esta población los datos están indeterminados y abre un nuevo camino de estudio (Andersen, 1985). Un estudio prospectivo publicado por Tekkis et al. (2009) con 295 mujeres afectadas de cáncer colorrectal, utilizando instrumentos de medida psicológicos no validados obtuvo información sobre función sexual de las pacientes sometidas a cirugía para un cáncer rectal. Encontraron que la resección abdominoperineal, radioterapia, sepsis intrabdominal y la edad (mayores de 65 años) fueron predictores de una pobre función sexual después de la intervención. Además de las lesiones del nervio postoperatorio, la cicatrización alrededor de la vagina puede contribuir a la evitación o insatisfacción durante las relaciones sexuales. Una disección rectal baja requiere movilización completa a través del septo rectovaginal. Varios estudios describió a las pacientes femeninas que experimentaron cirugía pélvica sentía que su vagina era inelástica y demasiado corta durante las relaciones sexuales (Bergmark, Avall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn, y Steineck, 1999; Platell, Thompson, y Makin, 2004). La radioterapia también puede comprometer la función sexual en las pacientes con cáncer rectal (Rodrigues et al., 2012). Un estudio noruego comparó la función sexual en las mujeres después de radioterapia para el cáncer rectal. Se describió un mayor riesgo de dispareunia y deterioro de la lubricación en los pacientes después de la cirugía combinada con radioterapia en comparación con los pacientes tratados con cirugía sola (Bruheim, Tveit, y Skovlund, 2010).

Los problemas sexuales después de la cirugía de cáncer colorrectal, es multifactorial, insuficientemente discutidos y no tratados. Por lo tanto, la disfunción sexual debe ser discutida con pacientes con cáncer colorrectal y debe incrementarse los esfuerzos para prevenirla y tratarla (Hendren et al., 2005). La revisión de Breukink y Donovan (2013) sugiere que la terapia quirúrgica y tratamiento adyuvante para el cáncer colorrectal se asocian comúnmente con una amplia gama de problemas sexuales. El funcionamiento sexual es un importante resultado funcional después del tratamiento del cáncer colorrectal y está influenciado por una multitud de factores clínicos e idiosincráticos de los pacientes, incluyendo bienestar físico y psicológico del individuo después de un diagnóstico de cáncer colorrectal. Como tal, se debe comenzar la evaluación y gestión del funcionamiento sexual en hombres y mujeres que sufren de cáncer colorrectal antes de la iniciación del tratamiento, continuando durante todo el tratamiento y periodo de la supervivencia.

Otro estudio exploratorio muestra que, aunque la actividad sexual fue similar entre los dos sexos, los hombres mostraron más molestias por su disfunción sexual declarada después de una amputación abdominoperineal (colostomía) que las mujeres. Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres sentían que la información preoperatoria fue inadecuada. Los cirujanos debían centrarse más en la información sobre el riesgo de disfunción sexual, así como sobre su tratamiento durante el seguimiento (Angenete, Dan Asplund, Andersson, y Haglind, 2014).

En otros estudios, como el de Engel et al. (2003a). Estos autores evaluaron la CV de 329 pacientes con cáncer rectal en un estudio prospectivo de 4 años. Se utilizó el cuestionario de CV de la EORTC (QLQ-C30) y el módulo específico de cáncer colorrectal QLQ-CR38. Los resultados mostraron que los pacientes con una resección anterior alta tenían puntuaciones significativamente mejores que los grupos con resección anterior baja, y los pacientes con extirpación abdominoperineal. Los pacientes con resección anterior baja, sin embargo, y en general, tenían una mejor CV que los pacientes de la resección abdominoperineal, especialmente después de 4 años. La extirpación abdominoperineal no mejoró las puntuaciones de CV de los pacientes con el tiempo. Los pacientes con colostomía tenían significativamente peores puntuaciones de CV que los pacientes sin colostomía. La CV mejora mucho en el caso de los pacientes cuyas colostomías se revirtieron. La resección anterior y los pacientes sin colostomía, a pesar de sufrir problemas de micción y defecación, tenían mejores puntuaciones de calidad de vida que pacientes con extirpación y colostomía abdominoperineal. Las mejoras en las puntuaciones de CV con el tiempo pueden ser explicadas por la revocación de colostomías temporales o adaptación fisiológica (Engel et al., 2003a).

En estudios recientes, uno de los temas más controvertidos que implican alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer colorrectal es la colostomía y el papel que desempeña en la predicción del malestar psicológico y del deterioro de la CV relacionada con la salud. En una revisión sistemática, Manceau, Karoui, Werner, Mortensen, y Hannoun (2012) indicaron que los pacientes con cáncer colorrectal de edad avanzada tienden a mostrar un deterioro considerable de su imagen corporal a largo plazo cuando se requiere de una colostomía permanente.

En el presente estudio realizado por Smith-Gagen et al. (2009) se evaluó la CV de forma multidimensional en pacientes con cáncer rectal según el tipo de cirugía, localización del tumor y la terapia adyuvante. La evaluación se realizó a los 9 y 19 meses después del diagnóstico, a una muestra consecutiva de 160 pacientes con un rango de edad entre 40 y 84 años. El instrumento para medición CV fue el FACT-C con cinco subescalas incluyen el bienestar físico, bienestar funcional, el bienestar emocional, el bienestar social y familiar y preocupaciones específicas de cáncer colorrectal. Una interpretación amplia multidimensional de la CV fue utilizada para examinar el impacto del estadio, localización y tratamiento de tumor, edad y sexo. En general, por sexo los hombres tenían puntuaciones más bajas de bienestar social, mientras que por edad los pacientes más jóvenes tenían puntuaciones más bajas de bienestar físico y emocional, así como mayores puntuaciones en preocupaciones sobre la enfermedad. No se encontraron diferencias en la CV por localización del tumor o tipo de cirugía, a 9 o 19 meses después del diagnóstico. En los pacientes que recibieron quimioterapia reflejaron menor bienestar físico y mayores preocupaciones adversas a los 9 meses. Sin embargo, sólo las preocupaciones acerca de los efectos adversos y la enfermedad persistieron en el tiempo. Este estudio proporciona evidencia adicional que el procedimiento quirúrgico de la resección abdominoperineal no necesariamente reducen la CV en pacientes con cáncer rectal. Las características distintivas de este estudio incluyen una amplia interpretación multidimensional de CV, los 19 meses de seguimiento longitudinal y un diseño del estudio prospectivo (Smith-Gagen et al., 2009). En otro estudio prospectivo realizado por Sharpe, Patel, y Clarke (2011) se plantean como objetivo investigar el efecto de la colostomía en la imagen corporal de 79 pacientes con cáncer colorrectal y determinar si las alteraciones en la imagen corporal predecían malestar psicológico. La muestra estaba compuesta de 34 pacientes con ostomía de edad media 65.5 años (DT=13.6) y 65 pacientes sin ostomía de edad media 66.2 años (DT=11.8). Los pacientes fueron evaluados dentro de las 9 semanas después de la cirugía, y en un seguimiento al finalizar el tratamiento adyuvante. Además de la alteración de la imagen, se midieron en el inicio del estudio y en el seguimiento los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en general. Los autores describen que las alteraciones de la imagen corporal fueron predictores constantes e independientes de la ansiedad, la depresión y el malestar psicológico

en el tiempo. Los pacientes que fueron intervenidos con una colostomía tenían una peor imagen corporal y que continuaba empeorando en el tiempo. Aunque no hubo diferencias entre los grupos de colostomía sobre la ansiedad o síntomas depresivos, a quienes se les realizó una colostomía más tardíamente estaban más deprimidos. Por lo tanto, hay evidencia de que la colostomía tiene un impacto negativo en la imagen corporal de los pacientes con cáncer colorrectal. Es importante destacar que aquellos cuya imagen corporal está más alterada están en riesgo de experimentar más ansiedad y depresión.

Por otra parte, un estudio prospectivo realizado por Bullen et al. (2012) con 67 pacientes seleccionados consecutivamente que se les aplicó cirugía para el cáncer colorrectal, con edad media de 59.3 años (DT=14.7), completaron las medidas de evaluación de psicopatología, imagen corporal y creencias relacionadas con la CV durante la admisión previa para la cirugía usando una batería de instrumentos de medida psicológicos. A cada participante se le realizó un seguimiento de tres meses después de la cirugía. Los autores encontraron que las alteraciones de la imagen corporal predicen de forma independiente la depresión. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el ajuste de un modelo cognitivo-conductual de la imagen corporal y determinar si preexistente alteración de la adaptación psicológica de la imagen corporal influenciada por la cirugía. La depresión y la ansiedad correlacionaron positivamente con alteración de la autoevaluación de la imagen corporal en la evaluación basal. Aquellos pacientes que recibieron colostomía experimentaron un deterioro significativo de su imagen corporal, lo que no se observó en aquellos cuya cirugía no dio lugar a la realización de una ostomía. Según el análisis de regresión, la alteración de la imagen corporal fue un predictor significativo de los niveles de depresión y la CV emocional. Estos resultados apoyan la hipótesis que las vulnerabilidades existentes en la imagen corporal influyen en el ajuste emocional durante la fase de recuperación después de la cirugía (Bullen et al., 2012).

Existen dos estudios realizados en el ámbito nacional, uno es el estudio realizado por Soriano, Fernández de Larrea, Hausmann, Guerra, y Blasco (2010). La muestra fue de 90 pacientes con una edad media de 67,96 años, siendo el rango de edad de 47 a 85 años y con un cáncer colorrectal intervenidos desde mayo de 2008, hasta diciembre de 2009. Los autores se plantearon como objetivo evaluar la CV, el impacto psicológico (sintomatología ansioso-depresiva) y la satisfacción de pacientes con cáncer colorrectal intervenidos quirúrgicamente, así como determinar las diferencias entre la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta. Para la evaluación de la sintomatología ansioso-depresiva, el instrumento seleccionado fue la escala HADS y para salud global del cuestionario EORTC QLQ-C30 y EuroQoL-5D.

En población general, se han publicado valores medios de .89 en el índice de utilidad del EQ-5D y de 71.2 en el status de salud global del QLQ-C30, comparados con el .77 y 60.9 encontrados, respectivamente en este estudio. En el caso de las escalas funcionales y de síntomas del QLQ-C30, las diferencias entre los valores medios observados en la muestra de pacientes y los de la población general se encuentran principalmente en el funcionamiento emocional y en los síntomas gastrointestinales (estreñimiento, diarrea y náuseas), disminución del apetito e insomnio, no observándose apenas diferencias en las demás escalas funcionales u otros síntomas. En el caso de las puntuaciones de CV obtenidas del EuroQoL-5D, la magnitud del cambio detectado a los 30 días es inferior a una mínima diferencia clínicamente detectable y a los 3 y 6 meses la media de las puntuaciones se encuentra en el límite de dicho parámetro. Estos resultados, comparados con los del cuestionario QLQ-C30 sugieren que, tal como se ha descrito en la literatura, los instrumentos de medición de CV específicos son más sensibles para detectar cambios que los genéricos. Aunque a priori no era objeto del trabajo estudiar las diferencias entre pacientes según la localización tumoral, encontraron que existen diferencias en la evaluación pre-cirugía, presentando una peor CV los pacientes con cáncer de colon respecto a los pacientes con cáncer de recto. Estas diferencias son estadísticamente significativas en el funcionamiento de rol y en la presencia de náuseas y de dolor. En la comparación de los resultados en función de la modalidad quirúrgica, abierta o laparoscópica, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el cambio observado en la CV ni en la sintomatología ansioso-depresiva. A corto plazo, la CV de los pacientes se ve disminuida con respecto a la que presentan en la medida pre-cirugía, pero a los 3 y 6 meses, esta va aumentando hasta llegar a los niveles previos, e incluso hasta superarlos.

En las escalas funcionales, en la que se observa mayor mejoría en todos los puntos del seguimiento es en el funcionamiento emocional. Dado que en la medición pre-cirugía era precisamente esta escala la que tuvo una puntuación media menor, es posible que la mayor mejoría observada se deba a que los pacientes partían de una peor situación en esta dimensión, probablemente porque habían recibido recientemente el diagnóstico de su enfermedad. A los 30 días, tanto el funcionamiento físico como el de rol son peores que antes de la cirugía, lo cual es esperable, dado que se trata de una intervención quirúrgica mayor, que requiere un cierto tiempo de recuperación. A los 3 meses ya se observa una mejoría en los funcionamientos de rol y social, que se mantiene a los 6 meses. El funcionamiento físico muestra valores semejantes a los de antes de la intervención en la evaluación de los 6 meses. Como hemos dicho, las diferencias en la mejora en CV entre los grupos según el abordaje quirúrgico utilizado no son estadísticamente significativas, pero pensamos que sería interesante indagar más en esta línea de investigación con muestras mayores que permitan resultados más generalizables y que

permitan, en su caso, explicar las razones por las que se obtienen mejores resultados en CV con cirugía abierta que con laparoscópica. Asimismo, sería necesario un número mayor de pacientes para poder controlar posibles factores de confusión como el estadio tumoral o los tratamientos adyuvantes.

El otro estudio de ámbito nacional es de Arraras et al. (2013) que evaluó la CV en una muestra de pacientes con cáncer rectal durante un período de seguimiento, comparando las diferentes modalidades de cirugía. La muestra estuvo formada por 84 pacientes con cáncer rectal localmente avanzado con una media de edad de 65.2 años (DT=9.5), que recibieron cirugía y quimiorradioterapia neoadyuvante. De éstos, 70 recibieron, además, la quimioterapia adyuvante. Todos los pacientes completaron la EORTC QLQ-C30 y el QLQ-CR29 una vez al menos un año después de la finalización de su tratamiento. Los dos grupos de comparación fueron la resección anterior baja (RAB) y los pacientes con resección abdominoperineal (RAP). Las puntuaciones de CV en los cuestionarios de la EORTC para la muestra en su conjunto fueron altas en diferentes dimensiones, en consonancia con los valores CV de la población en general. Aunque se observaron limitaciones moderadas en la frecuencia urinaria, flatulencia, impotencia y función sexual en pacientes con Resección Anterior Baja (RAB), aun así tenían una mayor frecuencia de heces que aquellos con Resección Abdomino-Perineal (RAP). No hubo diferencias en imagen corporal entre los pacientes de ambos grupos. Los pacientes con RAB tenían mayor incontinencia fecal, mientras que aquellos con ostomía tenían un mejor funcionamiento emocional. Los autores concluyen que las puntuaciones de la CV y la evaluación funcional indican que los pacientes se habían adaptado a su enfermedad y a su tratamiento. Se encontró pocas diferencias en la CV entre diferentes modalidades de cirugía. Esto está en línea con otros estudios recientes y en contraste con las anteriores que sugirieron una CV inferior en pacientes con cirugía abdominoperineal (Arraras et al., 2013).

Según dos revisiones sistemáticas recientes la heterogeneidad entre los estudios al evaluar la CV de los pacientes con cáncer colorrectal con o sin ostomía no permite el establecimiento de inferencias firmes. Jansen, Koch, Brenner, y Arndt (2010) encontraron que, al menos en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal, la presencia de una colostomía parece asociarse a menores puntuaciones en la CV, en el área física y psicológica, lo que parcialmente apoya la creencia de que una colostomía puede estar asociada a una alteración de la CV y mayores niveles de trastornos psicológicos.

Por otro lado, Jansen et al. (2010) utilizaron varias bases de datos, incluyendo *PubMed*, *EMBASE*, *CINAHL PsycINFO*, *Web of Science: Science Citation Index Expanded (SCI)* y el Registro Cochrane Central de ensayos controlados (CENTRAL) para

identificar artículos sobre la CV en los supervivientes de cáncer colorrectal a largo plazo. Seleccionaron 10 artículos que mostraron que los supervivientes de cáncer colorrectal indicaban una buena CV en general, pero menor de CV física en relación a la población en general. Además, los supervivientes tuvieron peores puntuaciones de depresión e informaron que sufrían síntomas a largo plazo, como problemas intestinales y malestar con respecto al cáncer. Además de la colostomía y la recurrencia de la enfermedad como factores principales, aparecieron factores relacionados con la salud, tales como la edad, el tamaño de la red social, nivel de ingresos, la educación, el Índice de Masa Corporal (IMC), y el número de comorbilidades, que se asociaron con la CV. Siete de los estudios se realizaron principalmente en EEUU, siendo heterogéneos con respecto a los instrumentos de CV utilizados y del ajuste de covariables. La evaluación de la CV fue transversal en todos los estudios. En conclusión, la revisión bibliográfica indica que a pesar de la buena CV, los supervivientes de cáncer colorrectal tienen problemas físicos y psicológicos específicos. Los determinantes descritos de la CV pueden servir para identificar a los supervivientes con necesidades especiales. No obstante se necesitan más estudios que se centren en problemas como malestar psicológico, la depresión y efectos de la cirugía en supervivientes de cáncer colorrectal a largo plazo (Jansen et al., 2010).

Sin embargo, esto contrasta con la revisión sistemática de Pachler y Jørgensens (2012) que indicó que en catorce investigaciones se había encontrado que los pacientes que se sometieron a una escisión abdominoperineal/Operación de Hartmann (colostomía) por el cáncer colorrectal no tenían una CV más deteriorada en comparación con los pacientes que tenían una resección anterior (no colostomía). Así mismo; las diferencias encontradas por el resto de los estudios no eran siempre a favor de los pacientes sin colostomía. Con los avances en las técnicas de resección rectal y anastomosis, es la resección anterior con la preservación de la función del esfínter la que se ha convertido en el tratamiento preferido para los cánceres rectales, excepto para aquellos cánceres muy cercanos al esfínter anal. La razón principal de esto ha sido la convicción de que la CV de los pacientes con una colostomía después de la escisión abdominoperineal era peor que los pacientes sometidos a una operación con una técnica de preservación del esfínter. En esta revisión, para comparar la CV en pacientes con cáncer rectal con o sin colostomía permanente se consideraron todos los ensayos clínicos controlados, así como estudios observacionales en los que se midió la CV, con un instrumento validado en pacientes con cáncer rectal que habían sido sometidos a una escisión abdominoperineal/operación de Hartmann o resección anterior baja. Los estudios incluidos en esta revisión no permiten establecer conclusiones firmes en cuanto a la cuestión de si la CV de las personas después de la resección anterior es superior a la de la gente después de la operación abdominoperineal escisión de Hartmann (colostomía). Debido a la heterogeneidad significativa entre estudios y la no posible realización de una meta-análi-

sis de los estudios incluidos. En resumen, el estado actual de la evidencia no permite realizar inferencias sólidas sobre el impacto real de una colostomía en el desarrollo de los trastornos psicológicos y problemas de CV en pacientes con cáncer colorrectal. Los estudios incluidos desafían la suposición de que los pacientes de resección anterior (no colostomía) les vaya mejor (Pachler y Jørgensens, 2012).

A pesar de los resultados de algunos estudios que indican que las alteraciones de la imagen corporal después de la cirugía con colostomía pueden estar asociadas con una peor CV y un mayor malestar psicológico, la revisión Cochrane realizada por Pachler y Jørgensens, (2012) deja claro que no hay datos de alta calidad para confirmar estos resultados. Por lo tanto, esta asociación aparentemente clara entre una colostomía y discapacidad y peor CV requiere de una mayor investigación.

Por otra parte, varias variables intervinientes podrían influir en estas asociaciones, las variables sociodemográficas, las opciones terapéuticas, personalidad, apoyo social y problemas de imagen corporal (Sales, Carvalho, McIntyre, Pavlidis, y Hyphantis, 2014). Además, este estudio incide en la interacción entre variables de personalidad durante la elaboración de “la función deteriorada” es compleja y la evaluación de rasgos de personalidad pueden incorporar una evaluación psicosomática integral de pacientes con cáncer colorrectal. Son necesarias mejores investigaciones con buenos diseños para establecer la función contributiva de dimensiones de personalidad para el desarrollo y protección del malestar psicológico y el deterioro de la CV de los pacientes, que eventualmente podría conducir al desarrollo de las intervenciones psicosociales que son personalizadas a esta población de pacientes.

2.4. Las Estrategias de Afrontamiento Psicológico

La mayoría de las investigaciones sobre afrontamiento realizadas hasta comienzos de los setenta insistieron en los rasgos o estilos globales de afrontamiento que determinarían la actuación de una persona ante las distintas situaciones estresantes. Este tipo de técnicas fueron más utilizadas por los investigadores de la personalidad que evaluaron el afrontamiento desde dimensiones bipolares, y utilizaron instrumentos de medida que permitían dividir a los pacientes en dos grupos presumiblemente opuestos: aproximadores o evitadores (Goldstein, 1959; Wiener, B., Carpenter, y J., Carpenter, 1956). Lo que podemos considerar como la visión moderna del estrés tuvo su origen con Selye (1956), quien se planteaba el estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, incluidas amenazas psicológicas. De hecho, este mismo autor realizó las primeras investigaciones dentro del campo de la salud.

A comienzos de los años setenta del siglo pasado, Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1966, 1983; Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, Kanner, y Folkman, 1980; Lazarus y Launier, 1978) comenzaron a diseñar una teoría diferente del afrontamiento introduciendo la consideración de los aspectos cognitivos y una definición del estrés como resultado de una valoración del paciente respecto de la presencia o ausencia de equilibrio entre sus recursos y las demandas del acontecimiento. Su teoría ha recibido el nombre de "Modelo Transaccional del Estrés y del Afrontamiento". Este enfoque considera el estrés como: una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Directamente derivado del concepto de estrés, Lazarus y Folkman (1984) establecen el concepto de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta concepción ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud. Con ello se destaca que el afrontamiento:

1. No es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo.
2. No es un tipo de conducta autónoma.
3. No se identifica con el resultado que de él se deriva.
4. No se puede identificar con el dominio del entorno.

La teoría sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento desarrollada por Lazarus y sus colaboradores proponen que los efectos psicológicos de cualquier relación entre la persona y su ambiente están modulados por dos tipos de procesos: la evalua-

ción cognitiva (*cognitive appraisal*) y el afrontamiento (*coping*). Lazarus distingue tres tipos de procesos evaluativos: 1) la evaluación primaria, en la que el individuo identifica el contenido del problema y/o la repercusión que este tiene para su bienestar; 2) la evaluación secundaria, en donde se plantea las posibilidades de acción y 3) la reevaluación como los cambios en las evaluaciones del individuo que pueden tener a su base una nueva información sobre el ambiente o sobre las propias reacciones. El Afrontamiento es la respuesta donde se ponen en práctica las acciones concretas. Desde la perspectiva tradicional, diferentes autores (Billings y Moos, 1984; Endler y Parker, 1990; Folkman y Lazarus, 1985) han coincidido al considerar el afrontamiento con una doble función: 1) estrategias dirigidas hacia la modificación o manejo del problema (solución de problemas, planificación, reconceptualización, etc.); 2) estrategias dirigidas hacia la modificación de la emoción (reevaluación positiva, autocontrol, fantaseo, etc.). La utilización de unas estrategias u otras dependerá de la evaluación primaria y secundaria que se realice. En el caso en que el individuo considere que la situación es susceptible de ser modificada, el tipo de estrategias deberán ser dirigidas hacia la modificación del problema, mientras que en caso contrario tenderán a ser dirigidas hacia la modificación de la emoción. Algunos de estos autores (Amirkham, 1990; Endler y Parker, 1990) identifican una tercera dimensión como la evitación. Esta estrategia sirve como vía de escape de una situación desagradable.

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, y Gruen (1986) ofrecen un listado de estrategias de afrontamiento que tiene a su base el análisis factorial con rotación oblicua de respuestas específicas de afrontamiento:

1. Confrontación: esfuerzos agresivos para cambiar la situación que conlleva cierto grado de hostilidad y de asunción de riesgos.
2. Distanciamiento: esfuerzos por alejarse del problema y conducirse ignorando el problema (no querer hablar sobre ello, tratar de olvidarlo, etc.)
3. Auto-control: esfuerzos por regular los propios sentimientos y acciones.
4. Búsqueda de apoyo social: acciones por buscar apoyo emocional, tangible e informativo.
5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento del propio papel de la persona en el problema con intentos de solucionarlo.
6. Escape-Evitación: pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación.
7. Solución planificada de problemas: esfuerzos deliberados dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.
8. Reevaluación positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación al atender al crecimiento personal, a veces con un tono religioso.

Dos amplias categorías generalizadoras engloban las ocho anteriores (Folkman 1984; Folkman y Lazarus, 1985, 1988a, 1988b) y se han empleado en numerosos trabajos. Una de ellas está constituida por las estrategias enfocadas al problema y la otra por las estrategias enfocadas a las emociones. Dentro de las estrategias centradas en el problema, encontramos la planificación y el afrontamiento mediante confrontación; estas estrategias incluyen la habilidad para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades, alternativas y predecir las opciones útiles para obtener resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Por su parte el distanciamiento, el autocontrol, la aceptación de la responsabilidad, la evitación-escape y la reevaluación positiva se integran dentro de las estrategias enfocadas a las emociones (Folkman y Lazarus, 1988a). La estrategia de búsqueda de apoyo social pertenecería a ambas categorías, ya que comprenden tanto aspectos instrumentales, como ayuda concreta para solucionar el problema, como el apoyo emocional propiamente (Folkman y Lazarus, 1985). El concepto de apoyo social es confuso y se refiere tanto a la cantidad como de relaciones sociales como a la ayuda social que se recibe de los otros. A pesar de la evidencia existente sobre el efecto positivo del apoyo social en la salud física en general y en situaciones de estrés en particular, no está claro cómo opera para producir estos efectos.

En la evaluación de las estrategias de afrontamiento hay que citar el instrumento original de Lazarus y Folkman (1980) *Ways of Coping Checklist (W.C.C.L.)* se construyó sobre la base de los análisis realizados en el marco de *Berkeley and Coping Project* (1976-77), de los estudios teóricos de Lazarus en 1966 y, Lazarus y Launier en 1978 y de las referencias de algunos estudios sobre afrontamiento (Mechanic, 1962; Sidle, Moos, Adams, y Cady, 1969; Weisman y Worden, 1977). El instrumento incluye siete escalas: "Atención al problema", "Pensamiento desiderativo", "Desarrollo personal", "Minimización de la amenaza", "Búsqueda de Apoyo Social", "Autoculpación", y una "Escala mixta" que incluye una mezcla de estrategias centradas en la emoción (del tipo evitativo) y centradas en el problema (del tipo búsqueda de información) (Lazarus y Folkman, 1986). El siguiente paso en la revisión del instrumento consistió en modificar algunos ítems e incluir algunos nuevos. Folkman y Lazarus (1988b) realizaron una nueva versión revisada se denominó *Ways of Coping Questionnaire (WOC)*, donde resultaron 8 escalas: "Confrontación", "Distanciamiento", "Autocontrol", "Búsqueda de Apoyo Social", "Aceptación de Responsabilidades", "Evitación-Huida", "Planificación de Soluciones" y "Reevaluación Positiva". Cuya aplicación se extiende al afrontamiento en enfermedades crónicas (Felton, Revenson, y Hinrichsen, 1984), al igual que el *Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ)*, destinado a evaluar la respuesta a dichas enfermedades (Feifel, Strack, y Nagy, 1987).

Otra escala sería *Coping Responses Inventory (CRI)* un inventario de 48 ítems que las mide afrontamiento cognitivo y conductual (Moos, 1988). Para la evaluación de estresores relacionados con el trabajo, existe la *Ocupacional Stress Indicator (OSI)*, (Kahn y Cooper, 1991). Orientada a conocer los estilos de afrontamiento, concebidos como disposiciones estables, tenemos el *The Coping Questionnaire* (McCrae, 1989). Como alternativa al WOC, Carver, Scheier, y Weintraub (1989) elaboraron el instrumento *The Coping Orientation to Problems Experienced (COPE)* (Carver et al., 1989). El COPE se emplea tanto para encontrar las estrategias más estables de las personas, como para conocer las estrategias de afrontamiento puestas de manifiesto ante situaciones específicas, a través de las mismas proposiciones. Para ello modifica la consigna en términos de describir lo que la persona normalmente hace, lo que hizo o lo que está haciendo para afrontar una situación concreta, o durante un periodo de tiempo específico. Las subescalas medidas por el COPE son estrategias de afrontamiento centradas en el problema: afrontamiento activo y planificación; utilización del apoyo social: búsqueda de apoyo social instrumental y emocional, uso de la religión, afrontamiento restrictivo (autocontrol), supresión de las actividades competidoras, reinterpretación positiva y desarrollo, aceptación, focalización en la expresión de sentimientos, negación y evasión (retirada) conductual, mental o mediante alcohol o drogas (Aliaga y Capafons, 1996).

2.4.1. Efectividad de las estrategias de afrontamiento en las enfermedades

El interés por el afrontamiento ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida esta como estresor comenzaron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad. Dicho concepto, aunque relacionado en alguna medida con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado desligar de los mismos (Barreto, Ibáñez, y Capafons, 1987).

Cuando se afronta enfermedades amenazantes para la vida, lo que en este caso las estrategias de evitación y aceptación-resignación resultan poco efectivas, en contraste con el uso de estas en las personas con enfermedades no amenazantes para la vida (Feifel, Strack, y Tong, 1987).

Otras investigaciones apuntan que las estrategias de confrontación, la redefinición del problema, la confianza en el médico, la flexibilidad, la tendencia a evitar la negación, la búsqueda de varias alternativas de solución, el mantenimiento de la esperanza y una abierta comunicación, tienen alta efectividad en pacientes recién diag-

nosticados de cáncer (Weisman y Worden, 1977). Pero, por el contrario se señala que la negación o la evitación pueden tener un efecto positivo en las etapas tempranas de la enfermedad, ya sea en el cáncer o en otras enfermedades (Kiely, 1972), o ante intervenciones quirúrgicas (Cohen y Lazarus, 1973). Sin embargo, cuando la negación conlleva la búsqueda tardía de la atención médica daña la salud del individuo (Lazarus et al., 1980). Ejemplo de ello también encontramos en pacientes con infartos cardiacos y complicaciones de hígado, en que el empleo de la evitación y la resignación ante la enfermedad conducen a estados emocionales negativos (Kunzendorff, Wilhelm, Scholl, y Scholl, 1991).

La idea que las personas pueden experimentar bienestar psicológico a pesar de su enfermedad y a la vez tranquilidad, va a depender de la valoración que el individuo realiza sobre la situación. El diagnóstico de una enfermedad puede ser valorado como una amenaza, pérdida, daño, cambio o alguna combinación de éstas. La intensidad en la respuesta de la emoción va a depender, en muchas ocasiones, de la valoración que la persona realice (Folkman y Greer, 2000).

2.4.2. Cáncer y Afrontamiento: Modelos Teóricos

Es difícil abordar el proceso de afrontamiento de cualquier trastorno orgánico sin hacer referencia a las reflexiones de Lipowski (1970). Este autor define afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Lipowski considera que las estrategias de afrontamiento están directamente relacionadas con el significado personal de la enfermedad, que en nuestra cultura puede tomar las siguientes formas: la enfermedad como un reto, la enfermedad como un castigo, la enfermedad como debilidad, como una liberación, como una estrategia, la enfermedad como daño o pérdida irreparable, y, la enfermedad como un valor. Lipowski distingue también entre estrategias y estilos de afrontamiento. Las estrategias, en tanto que conductas o actividades cognitivas específicas, son extremadamente variadas y es imposible pues elaborar una lista exhaustiva. Tal como se exponía líneas arriba, sí se pueden listar, sin embargo, los patrones de estrategias de afrontamiento en función del significado subjetivo de la enfermedad. Los estilos de afrontamiento, a los que se les atribuye perdurabilidad intraindividual, pueden ser cognitivos o conductuales; para Lipowski, los más relevantes en el campo de la salud son los siguientes:

1. Estilos de afrontamiento cognitivos:

- Minimización: la tendencia a ignorar, negar o racionalizar el significado personal de la información relativa a la enfermedad y sus consecuencias.
- Vigilancia: tendencia a responder activamente a las señales de peligro percibidas y a intentar persistentemente reducir la incertidumbre y la ambigüedad en todos los aspectos relacionados con la enfermedad.

2. Estilos de afrontamiento conductuales:

- Aproximación: disposición a adoptar una actitud activa hacia la enfermedad o la incapacidad.
- Capitulación: tendencia a la pasividad y o bien a rechazar a los demás o bien a la dependencia respecto de los demás.
- Evitación: tendencia a intentar activamente escapar de las exigencias de la enfermedad, actuando como si se estuviera sano. Suele acompañar a la minimización.

Las propuestas realizadas por Weisman (1979, 1984) en relación con el afrontamiento y el cáncer es una aportación un tanto asistemática, que más que tratar de perfilar un modelo general pretende instruir sobre lo que se constituye como un buen afrontamiento del cáncer. El autor define el afrontamiento como lo que una persona hace respecto a un problema para obtener alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio (Weisman, 1979). El afrontamiento se entiende como proceso y no como un conjunto de acciones aisladas, combinando percepción, ejecución, evaluación y corrección de la ejecución, seguidas de actividad adicional y conducta dirigida a la meta. El afrontamiento es distinto de la defensa, en palabras del autor, mientras que el afrontamiento es un esfuerzo estratégico por dominar un problema, salvar un obstáculo, responder a una cuestión o disipar un dilema, por otra parte la defensa busca primordialmente desviar el problema (Weisman, 1984). Llegado a este punto se podría plantear que Weisman llama "afrontamiento" a aquel dirigido al problema, y "defensa" al afrontamiento dirigido a la emoción. Según Weisman (1979), el modo en que una persona afronta la enfermedad maligna es una extensión del modo en que afronta otros eventos anteriores a la enfermedad (reconoce cierto carácter estilístico o aptitudinal), aunque parte de la varianza la explicará el contexto. Señala, que la CV del paciente oncológico dependerá de hasta qué punto ha afrontado adecuadamente la enfermedad, aunque también ejercerán un efecto sobre el bienestar variables propias de la enfermedad (tipo, estadio, síntomas, etc.), personales (creencias, inteligencia, rasgos, experiencias previas, etc.) y del contexto social (situación económica, empleo, religión, familia, relaciones claves, etc.). El autor da unas pinceladas de lo que es el mejor modo de afrontar la enfermedad del

cáncer. Ante todo señala que mantener la esperanza es un prerrequisito para un buen afrontamiento. Además sugiere prescindir de la evitación, enfrentarse a la realidad y llevar todas las acciones adecuadamente, atender a las soluciones, o redefinir el problema en términos solucionables; considerar siempre alternativas, mantener la comunicación abierta con las personas próximas, buscar y utilizar la ayuda constructiva, incluido los tratamientos médicos, aceptar el apoyo que se ofrezca; ser asertivo, si es necesario, y mantener alta la moral mediante la confianza en uno mismo; tener en cuenta que el autoconcepto es tan importante como la reducción de síntomas y por último mantener la esperanza sin engañarse a uno mismo (Weisman, 1979, 1984).

Greer y sus colaboradores han dedicado una atención especial durante los últimos años a las diferentes reacciones que un diagnóstico de cáncer puede suscitar en los pacientes. El desarrollo de procedimientos de medida y la necesidad de una mejor conceptualización teórica de las reacciones de la enfermedad ha dado lugar a un modelo sobre el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación que se expone con detalle en el libro de Moorey y Greer (1989) sobre terapia psicológica para pacientes con cáncer. En el caso del cáncer el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes con cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (Watson y Greer, 1998). También se asocia a las demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la recuperación. Ante la situación de un diagnóstico de cáncer, los pacientes llevan a cabo un proceso de evaluación cognitiva de su situación. Así, el diagnóstico de un cáncer puede evaluarse de distintas formas:

- La enfermedad puede evaluarse como un reto potencialmente superable.
- La enfermedad puede evaluarse como una gran amenaza capaz de superar al paciente.
- La enfermedad puede entenderse como un daño o una pérdida.
- Por último, el paciente puede negar que exista la amenaza.

Para los autores, el significado personal del cáncer para el paciente será un importante factor que influirá en el ajuste del paciente a su enfermedad. Existe una similitud de esta primera cuestión con la evaluación primaria propuesta por Lazarus y Folkman (1984). La segunda cuestión, como los mismos autores reconocen, es comparable a la evaluación secundaria de Lazarus y Folkman, se valoran estrategias y se determinan que grado de control puede ejercerse sobre el evento. La tercera cuestión

surge de las dos anteriores, y recibe su respuesta también en función del significado que tenga la enfermedad para la persona y del grado de control que perciba. El patrón de pensamientos, sentimientos y conductas asociadas a estas evaluaciones cognitivas representan el estilo de ajuste que desarrollará el individuo. Y cada estilo de ajuste tiene como aspecto central un esquema cognitivo que selecciona, filtra e interpreta la información relativa al cáncer: el esquema de supervivencia. El esquema de supervivencia incorpora una triada cognitiva sobre el cáncer: visión de diagnóstico, control percibido y visión de pronóstico.

En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (¿Qué amenaza supone la enfermedad?), tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (¿Qué puede hacerse frente a ella? ¿Se puede controlar?), y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?).

La aplicación del esquema de supervivencia supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer (ver tabla 13):

Tabla 13
Esquema de supervivencia (Moorey y Greer, 1989)

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Aceptación	Desamparo Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de información
Respuesta Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Moorey y Greer (1989) proponen cinco estilos de ajuste: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo o desesperanza y preocupación ansiosa. No obstante, ese mismo año, los autores abordaron explícitamente la cuestión de si estas respuestas al diagnóstico deben entenderse en términos de rasgo o estado. Los datos empíricos darán luz sobre esta cuestión, aunque consideraban más práctico entenderlas como estado mientras no se demostrase otra cosa. Los cinco tipos de ajuste propuestos teniendo en cuenta la triada cognitiva respecto al cáncer, las estrategias de afrontamiento que los acompañan y el tono emocional de los pacientes son los que siguen:

Espíritu de Lucha

Visión del diagnóstico: reto

Percepción de control: presente

Visión del pronóstico: optimista

Estrategias de afrontamiento: búsqueda moderada de información, papel activo en la recuperación, intentos por seguir con la vida habitual

Tono emocional: positivo, ligera ansiedad.

Desamparo y desesperanza

Visión del diagnóstico: gran amenaza o pérdida efectiva

Percepción de control: ausente por completo

Visión del pronóstico: pesimista

Estrategias de afrontamiento: rendición, ausencia de estrategias, dirigidas al problema, expresión emocional.

Tono emocional: depresión.

Preocupación ansiosa

Visión del diagnóstico: gran amenaza

Percepción de control: incertidumbre sobre si puede ejercerse control sobre la situación

Visión del pronóstico: incertidumbre respecto al futuro

Estrategias de afrontamiento: búsqueda excesiva de información, búsqueda compulsiva de seguridad, rumiación, excesiva atención a los síntomas físicos.

Tono emocional: ansiedad.

Fatalismo o aceptación estoica

Visión del diagnóstico: ligera amenaza

Percepción de control: ausente

Visión del pronóstico: se aceptará con dignidad el que sea.

Estrategias de afrontamiento: aceptación pasiva, ausencia de estrategias dirigidas al problema.

Tono emocional: sereno.

Evitación o negación

Visión del diagnóstico: rechazo activo de cualquier evidencia sobre el diagnóstico, no hay amenaza

Percepción de control: cuestión no planteada

Visión del pronóstico: no se lo plantean

Estrategias de afrontamiento: minimización, evitan la información, no comunican a la familia o amigos el diagnóstico, no gusta hablar del asunto.

Tono emocional: sereno.

Como puede observarse, desde este planteamiento las estrategias de afrontamiento no juegan el papel de mediadores entre la evaluación cognitiva y la respuesta emocional, sino que esta depende directamente de la evaluación del individuo. De algún modo, evaluación cognitiva, respuestas de afrontamiento y emoción se proponen como agrupaciones únicas de manera que las estrategias de afrontamiento pueden entenderse como “síntomas” de la evaluación cognitiva más que como esfuerzos dirigidos a solucionar problemas o manejar emociones (Ferrero, 1993).

Watson et al. (1988) han utilizado el término “ajuste mental” para denotar el estilo de afrontamiento de las personas frente a un diagnóstico de cáncer. Estos autores desarrollaron un instrumento de medida el Ajuste Mental para el Cáncer (MAC) que identifica cinco estilos conductuales de afrontamiento: la negación o la evitación, espíritu de lucha, el fatalismo, la desesperanza, y la preocupación ansiosa. Encontraron que los estilos de afrontamiento, desesperanza, y la preocupación ansiosa se asociaba significativamente a la depresión, medida por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) que se administró simultáneamente a pacientes con cáncer. Watson et al. (1991) también informaron de que la respuesta de “espíritu de lucha” se asoció significativamente a menos malestar psicológico. Watson, Greer, Blake, y Shrapnell (1984) encontraron una asociación positiva similar con la respuesta de negación.

Una investigación posterior de Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik, y Kåresen (2004) con supervivientes de cáncer mostró que el optimismo disposicional está positivamente y significativamente correlacionado con “espíritu de lucha”, asociándose negativamente con “desesperanza” en las dimensiones del MAC (Watson et al., 1988). Esto sugiere que es importante examinar y controlar los efectos de esta característica personal y disposicional en el análisis de afrontamiento y el malestar psicológico.

2.4.3. Estrategias de afrontamiento en muestras de pacientes con cáncer

Los estresores relacionados que se enfrentan las personas con un cáncer colorrectal, suelen ser físicos, psicológicos y sociales, como los tratamientos médicos, los efectos secundarios, reacciones de familiares y amigos, los procedimientos de seguimiento, e incertidumbres de la recuperación y recaída (Bekkers, van Knippenberg, van den Borne, y van Berge-Hanegouwen, 1996; Dunn, 2006). Frente a estas exigencias puede haber deterioro en dimensiones físicas, psicosociales y de la CV (Gooszen, Geelkerken, Hermans, Lagaay, y Gooszen, 2000; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, y Given, 2002; Sprangers, Taal, Aaronson, y te Velde, 1995). El Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) mencionado proporciona también un marco para la comprensión de los procesos implicados en el impacto de un evento significativo como el cáncer sobre la CV (Maes, Leventhal, y de Ridder, 1996). Ampliamente utilizado en las poblaciones con cáncer y sus cuidadores (Geirdal y Dahl, 2008), este modelo propone que la CV está determinada por las características demográficas, características de la enfermedad y su tratamiento y modulados por la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento. Principalmente, han sido tres categorías de estrategias las que se han investigado en el contexto del cáncer: con un enfoque de afrontamiento orientado al problema, orientado a la emoción, y a las estrategias de evitación (Lazarus y Folkman, 1984; Roth y Cohen, 1986; Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989). En general, la investigación ha demostrado que las estrategias de afrontamiento dirigidas hacia la modificación del problema y a las estrategias dirigidas hacia la modificación de la emoción se asocian con un enfoque de afrontamiento con mejores resultados en el área del cáncer, como muestran varios estudios. Uno de ellos realizado por Holland y Holahan (2003) examinó la relación entre el apoyo social percibido y hacer frente a la adaptación positiva del cáncer de mama. Las participantes fueron 56 mujeres con una edad media de 48 años (DT=4.6) entre las edades de 38 y 58 años que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama con un estadio I o II, y evaluadas de 1 a 26 meses después del diagnóstico. El estudio utilizó un diseño transversal para investigar la relación entre el apoyo social y como hacer frente a la adaptación positiva al cáncer, que se definió como el bienestar psicológico y comportamiento positivo frente a la salud. La variable resultado del estudio fue una medida compuesta de bienestar

psicológico positivo. Las dimensiones de bienestar elegido para su uso fueron la autonomía, auto-aceptación, dominio ambiental, crecimiento personal y el propósito en la vida. En lugar de centrarse en la cantidad de otros apoyos o de las interacciones sociales, la Escala de Disposiciones Sociales se centra en la naturaleza cualitativa de las relaciones, es decir, las características de las relaciones que implican importantes funciones psicológicas. Las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, resolución de problemas planificada, el afrontamiento de confrontación, y la búsqueda de apoyo social, fueron clasificadas como estrategias de abordaje en el presente estudio. Los resultados mostraron que el apoyo social percibido se asocia positivamente con las estrategias de afrontamiento, mientras que las estrategias de afrontamiento por evitación se relacionaban negativamente con el bienestar psicológico (Holland y Holahan, 2003).

Otro estudio de este tipo fue realizado por Hack y Degner (2004) se llevo a cabo con 55 mujeres diagnosticadas de estadio I y II de cáncer de mama con edad media de 55.3 años (DT=10.1), que completaron las medidas de respuesta de toma de decisiones, expresión de frustración y el ajuste psicológico dentro de los seis meses después de recibir su diagnóstico de cáncer de mama. El objetivo era evaluar a las mujeres pocos meses después del diagnóstico, periodo en que el malestar psicosocial se manifiesta en muchos pacientes, y el uso de determinadas respuestas de afrontamiento es potencialmente fundamental para el éxito de la gestión emocional y de las reacciones a la enfermedad y el tratamiento. Se utilizaron 2 escalas para valoración de las variables *Coping Responses Inventory (CRI)* de Moos (1988) y el *POMS* de McNair (1971), así como la preferencia del paciente para el control de decisión del tratamiento y la expresión de las emociones negativas se midió mediante un inventario autoadministrado de expresión del enfado. Las pacientes que, al inicio del estudio, prefirieron aplazar la selección de una decisión de tratamiento con sus médicos tuvieron peor ajuste en el seguimiento tres años más tarde. Las pacientes, cuyo estilo de afrontamiento a la hora de planificar el tratamiento adyuvante se caracterizó por la no evitación y enfoque moderado del afrontamiento, se asoció con un mejor ajuste psicológico durante el seguimiento, resultando los niveles de ansiedad y estado de ánimo negativo significativamente menores. Por el contrario, las pacientes cuyo estilo de afrontamiento se caracterizó por una alta evitación tenían niveles significativamente más bajos de vigor. Estos hallazgos sugieren que la manera en que una paciente con cáncer de mama hace frente al diagnóstico influye significativamente en su estado de ánimo tres años después. Aquellas pacientes que expresaron una preferencia por un papel pasivo en la toma de decisiones, es decir, de aplazar la decisión de tratamiento con sus oncólogos, en el momento que se debía hacer, resultaron ser más ansiosos durante el seguimiento. También mostraron unas puntuaciones *POMS* más altas en ira, al contrario de los pacientes que decidieron participar activamente en la toma de decisiones del tratamiento. Los resultados sugieren

que las mujeres que responden a su diagnóstico de cáncer de mama con aceptación pasiva y resignada tienen un riesgo significativo de mostrar un pobre ajuste psicológico a largo plazo. Las intervenciones psicológicas para estas mujeres deben abordar la evitación cognitiva, con el objetivo de fomentar el enfoque afrontamiento positivo dirigido al bienestar (Hack y Degner, 2004).

Por otra parte, hay estudios que indican que la confianza en estrategias de evitación está vinculada a mayores niveles de malestar psicológico en los pacientes. Uno de estos estudios realizado por Culver, Arena, Kimberly, Antoni, y Carver (2004) se realizó con 236 mujeres de algunas minorías étnicas, frente a experiencias tales como diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, utilizando una muestra transversal de afroamericanas de clase media, hispanas y las mujeres blancas no hispanas, con una edad media de 53.8 años (DT=12.3) entre un rango de 27 a 87 años. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante la *Brief COPE* (Carver, 1997) incluía las subescalas de aceptación, el afrontamiento activo, la planificación, la desconexión conductual, la negación, el consumo de sustancias, humor, reencuadre positivo, los aspectos religiosos, la auto-distracción, uso de apoyo emocional de amigos, el uso de apoyo emocional de la pareja y la ventilación. Los resultados mostraban asociaciones significativas entre varias respuestas de afrontamiento y malestar psicológico. El malestar psicológico se relacionaba inversamente a la aceptación y a los aspectos religiosos. Por otro lado, el malestar psicológico se relacionaba positivamente con la negación, desconexión conductual, auto-distracción, ventilación y la planificación. Además indicaba que el afrontamiento de aspectos religiosos es más común entre las afroamericanas y las hispanas que entre las blancas no hispanas. Los resultados también indican que las blancas no hispanas tienen una mayor tendencia a usar humor como una forma de afrontamiento de estos grupos minoritarios. La conclusión final de este estudio es que la ventilación está fuertemente ligada a mayor malestar psicológico entre las mujeres hispanas, en comparación con otras mujeres.

Otro estudio que apoya estas conclusiones es el realizado por Deimling et al. (2006) se centra en el comportamiento de afrontamiento de los adultos mayores y supervivientes de cáncer a largo plazo. Los criterios de inclusión en el estudio: tenían 60 años de edad o más, habían sido tratado de mama, colorrectal o cáncer de próstata, habían pasado cinco años o más a partir del diagnóstico y eran afroamericanos o caucásicos. La muestra está compuesta por 321 pacientes con edad media 72.2 años (DT=7.7) que completaron las entrevistas. La negación como una forma de afrontamiento era asociado con una mayor ansiedad, depresión y preocupaciones relacionadas con el cáncer. Este sugiere que los individuos que continúan utilizando esta estrategia de afrontamiento en la supervivencia en fase crónica están en riesgo

de peor salud mental. Estos hallazgos son consistentes con los resultados reportados por Carver et al. (1993), quienes encontraron que la negación fue un predictor significativo de los trastornos psicológicos. Otro patrón observado en los resultados es el papel relativamente importante que el optimismo juega como un predictor de los niveles más bajos de la ansiedad, la depresión y la preocupación relacionada con el cáncer (Deimling et al., 2006). Sin embargo, las limitaciones de esta literatura incluyen que la mayoría de la investigación se ha centrado en las estrategias de afrontamiento en mujeres con el cáncer de mama. En general, hay una ausencia de investigaciones publicadas sobre las estrategias utilizado tanto por hombres y mujeres que se están desarrollando con un diagnóstico de cáncer colorrectal. Además, la mayoría de estudios han utilizado medidas de afrontamiento genérico, incluida el COPE de Carver y colaboradores (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989) y Folkman y Lazarus (1988b) con la Escala de los Modos de Afrontamiento (*W.C.C.L.*) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, y Gruen, 1986) y el inventario de estrategias de afrontamiento desarrollado por Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal (1989). Sin embargo, estas medidas generales no evalúa completamente la diversidad de estrategias de afrontamiento utilizadas para enfrentarse a enfermedades específicas (Maes et al., 1996). Las enfermedades se diferencian en las demandas y necesidades específicas en cada momento, y las evaluaciones de estrategias de afrontamiento deben ajustarse a las demandas específicas de una enfermedad, por lo que es necesario instrumentos de evaluación específicos de afrontamiento para una determinada enfermedad (de Ridder y Schreurs, 1996). Para apoyar este argumento, hay estudios que han encontrado correlaciones bajas entre las subescalas de medidas genéricas y los instrumentos de evaluación específicos de la enfermedad. La evidencia muestra que las instrumentos de evaluación específicos a una enfermedad, se relacionan o atribuyen mayor variabilidad en la CV de poblaciones clínicas que las medidas genéricas (Pakenham, 2001), como ya hemos indicado. Se ha utilizado sólo dos medidas específicas de afrontamiento del cáncer: el “Cuestionario de Afrontamiento del Cáncer”, en inglés *Cancer Coping Questionnaire (CCQ)* (Moorey, Frampton, y Greer, 2003). Este cuestionario es breve pues consta de 21 ítems autoadministrados, diseñado para medir estrategias de afrontamiento valoradas en la Terapia Psicológica Adyuvante (*APT*) (Moorey y Greer, 1989). Las preguntas básicas para el CCQ se obtuvieron utilizando el manual de *APT* (Moorey y Greer, 1989) para generar estrategias de afrontamiento típicas en las áreas cognitivas, emocionales, conductuales e interpersonales de afrontamiento.

La otra media es la Escala de Afrontamiento del Cáncer (*MAC*) de Watson et al. (1988) “Ajuste Mental al Cáncer”, utilizada con varios tipos de cáncer (Moorey et al., 2003; Nordin y Glimelius, 1998). Las escalas de afrontamiento específicas de cáncer colorrectal tienen potencial clínico por identificación de cualidades adaptativas de estrategias de

afrontamiento, que luego pueden informar de las dimensiones específicas del objetivo, al desarrollo e implementación de intervenciones para mejorar la CV en esta población.

En un estudio reciente realizado por Rinaldis, Pakenham, Lynch, y Aitken (2009) se desarrolló una medida específica de estrategias de afrontamiento derivado de datos cualitativos de hombres y mujeres diagnosticados con cáncer colorrectal. Los participantes fueron 1.800 personas diagnosticadas con cáncer colorrectal con edad media 65.1 años (DT=10.2). Este estudio longitudinal desarrolló y confirmó la estructura factorial de 32 ítems del instrumento de evaluación "Afrontando el Cáncer Colorrectal" (*Coping with Colorectal Cancer (CCRC)*). La fiabilidad y la validez del instrumento fueron evaluadas también. Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios revelaron empíricamente ocho subescalas diferentes: cambio de percepción positiva, religión/espiritualidad, rumiación, aceptación, humor, paliativos, búsqueda de apoyo social, y reorganización del estilo de vida. Las mujeres fueron más propensas a utilizar la mayoría de las estrategias que los hombres.

En cuanto a las variables de la enfermedad y tratamiento, los individuos más jóvenes eran los más propensos a usar rumiación, búsqueda de apoyo social, humor y reorganización de estilos de vida que las personas mayores. Las personas con estadios avanzados de la CRC y tratamiento más complejo que se habían sometido eran propensos a utilizar la mayoría de las estrategias, más que aquellos con etapas anteriores o que habían sido sometidos a cirugía solamente.

2.5. Alteraciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer

En muchos casos, un diagnóstico de cáncer crea una mayor sensación de gravedad que en otras enfermedades que poseen un pronóstico peor (Mishel, Hostetter, King, y Graham, 1984). El cáncer afecta a todos los aspectos de la vida diaria como trabajo, familia, amistades y área social (Cassileth et al., 1985, 1986; Weisman, 1976). La mayoría de los pacientes derivan en una necesidad de apoyo significativo de otros con el fin de desarrollar un amortiguador contra múltiples fuentes de tensión y para facilitar las estrategias para la resolución de problemas en relación con las demandas de su enfermedad. El cáncer crea una situación de ansiedad, ira, tristeza y depresión donde los pacientes se tienen que definir y resolver una serie de decisiones que tienen que afrontar (Weisman, 1976).

El impacto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultades laborales, y sentimientos de soledad, forman parte de los problemas que los pacientes oncológicos acusan con mayor frecuencia, tal como ya hemos indicado (Derogatis et al., 1983; Holland, 1989; Leinster, 1994; Maher, Mackenzie, Young, y Marks, 1996; Spiegel, 1990). En la actualidad, se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora que conjuntamente valore resultados clínicos y psicosociales.

En una encuesta de 200 supervivientes de cáncer, el 30% había cambiado de puestos de trabajo y el 23% había cambiado sus planes de vida en los 2 años posteriores a su tratamiento de cáncer (Stalker, Johnson, y Cimma, 1990). Mientras que los niveles de ansiedad y depresión pueden reducirse a niveles premórbidos, es raro que a un paciente de cáncer mantenga un sentido de continuidad con su vida antes del cáncer, es muy frecuente que haya un cambio del sentido que ostentan sobre sí mismos y el mundo (Taylor, 1983). El diagnóstico del cáncer lleva rápidamente a cambios fundamentales en la relación entre el individuo y su entorno, cambios que puede alterar radicalmente sus expectativas sobre el control personal y la autoestima. Una creencia personal de control es parte integral de la sensación de un adulto de seguridad, un mayor autoconcepto y autoestima y, de hecho, el mantenimiento del estado de ánimo sin depresión (Taylor y Brown, 1988).

La reacción normal al recibir el diagnóstico de cáncer podemos entender que pasa por una serie de fases (Massie y Holland, 1990):

Fase 1: se pueden producir reacciones de negación de la información recibida, desconfianza hacia los profesionales, enfado, ansiedad alta, depresión intensa, así como una disminución de la atención y del campo de la conciencia. Estas reacciones podrían compararse a las incluidas dentro de la reacción de estrés agudo, recogidas en la clasificación CIE-10 de la OMS.

Fase 2: la disforia, que puede durar una o dos semanas: en esta etapa se pueden presentar con síntomas de ansiedad y depresión, de insomnio, falta de concentración, empeoramiento del carácter, sentimientos de culpa y desesperanza. El paciente puede repasar y valorar si su situación actual puede generar una sensación de estancamiento en su vida y cambios en sus prioridades.

Fase 3: adaptación, en esta fase puede tener una duración de varias semanas. El paciente se va concentrando en el día a día, colabora en el tratamiento, y puede retomar actividades que habían dejado tras la reacción inicial intensa.

Dentro de la evolución de la enfermedad podemos distinguir unos momentos que pueden ser más difíciles y requerir, por tanto, de un esfuerzo mayor de adaptación por parte del paciente. Dichos momentos serían: la fase diagnóstica y la realización de las pruebas, la derivación a Cirugía y Oncología, para confirmación del diagnóstico y tratamiento, el inicio del tratamiento complementario con quimioterapia, hacer frente a la aparición de efectos secundarios, y el fin del tratamiento y posterior rehabilitación, con esta última se abre una etapa de incertidumbre con el miedo latente a la recaída y continuas revisiones que en algunos pacientes se van a prolongar de 5 a 10 años. Algunos investigadores han sugerido que el malestar psicológico de los pacientes de cáncer colorrectal es mayor en la fase preoperatoria por la anticipación del tratamiento, con mejoras significativas entre los 3 y los 8 meses después del tratamiento de cáncer colorrectal (Uplander, Jeppsson, y Grahn, 1997; Whynes y Neilson, 1997)

La adaptación del paciente a la enfermedad y el tratamiento va a depender de diferentes factores (Arraras, Valerdi, y Hernández-Bronchud, 2001):

1. Nivel de apoyo social: la calidad y cantidad de las relaciones familiares, y la relación con el personal sanitario.
2. Variables de la persona y su efectividad a la hora de afrontar la enfermedad y su resiliencia. En este apartado podríamos incluir su experiencia previa frente a la enfermedad, tanto suya, como de otras personas cercanas, su

capacidad de manejo de las dificultades y de las reacciones emocionales que pueden acompañarles.

3. La aparición de otros factores asociados generadores de estrés, como los problemas laborales o familiares.
4. De la gravedad de la enfermedad física, donde se pueden incluir el nivel de cuidados que se requieren, los síntomas y los efectos secundarios de los tratamientos.

Estudios de prevalencia de malestar psicológico indican que entre el 25-30% de los recién diagnosticados y de los pacientes en recaída experimentan significativamente niveles elevados de malestar psicológico, mientras hasta un 47% pueden llegar a desarrollar un diagnóstico psiquiátrico (Derogatis et al., 1983; Farber, Weinerman, y Kuypers, 1984; Stefanek, Derogatis, y Shaw, 1987).

La respuesta emocional de pacientes con cáncer operable difiere ampliamente y puede ir, desde una aparente alteración del ánimo hasta un estado de ansiedad y depresión clínico. La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada a lo largo de las dos últimas décadas. Cabe destacar el estudio multicéntrico realizado por Derogatis et al. (1983), en el que se determina que un 47% de los pacientes con cáncer muestran síntomas consistentes con un diagnóstico de trastorno mental, según DSM-III (Pichot, 1986). De este 47% se encontró que un 68% eran trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo, con ansiedad o mixto; el 13% presentaron un trastorno depresivo mayor; el 8% un trastorno mental orgánico; el 7% un trastorno de la personalidad, y un 4% un trastorno de ansiedad. Asimismo, aquellos pacientes que no cumplían criterios suficientes para ser diagnosticados, mostraban signos y síntomas de estrés asociados al diagnóstico de cáncer y al tratamiento oncológico recibido.

Algunos trabajos se centran, como el de Ibáñez y Andreu (1988), en la dimensión psicológica del paciente oncológico. Estos autores consideran que los cambios en el pensamiento científico y en los valores sociales han introducido la necesidad de que el ser humano sea eficaz en las diferentes áreas de su vida. Una enfermedad crónica puede suponer una pérdida en ese sentimiento de eficacia, y motivar la aparición de reacciones como la depresión, la disminución de la autoestima, un incremento en la ansiedad, en la dependencia, una alteración en las relaciones sexuales y sociales. Estos autores ofrecen, además, una visión amplia de la dimensión psíquica de la CV, en la que engloban las características de personalidad, las reacciones psicopatológicas más frecuentes, y otros temas como las estrategias de afrontamiento.

Diferentes autores han estudiado la prevalencia de trastornos psicológicos en los pacientes con cáncer, como Lobo, Campos, y García (1990), o Massie y Holland (1990) quienes encuentran que la prevalencia de problemas psicológicos es del 50% con reacciones normales, tal como hemos comentado antes; el 32% de trastornos adaptativos, con síntomas de depresión, ansiedad o mixtos; el 6% con depresión mayor; el 4% con trastornos mentales de causa orgánica, como la dependencia o el delirium; y el 5% con otros diagnósticos.

Otros estudios evalúan la prevalencia de estos trastornos en grupos o tumores específicos, como Cerfolio (1995) con los pacientes con enfermedad ginecológica avanzada. Mermesltein y Lesko (1992) revisaron estudios sobre la depresión en pacientes con cáncer. Encontraron una prevalencia similar a otras enfermedades físicas que implican limitaciones parecidas: entre un 20-25%. Así, la prevalencia es mayor en pacientes con enfermedad avanzada y con niveles mayores de discapacidad y *discomfort*. Dentro del grupo de depresiones, observaron que la más frecuente es el trastorno adaptativo con ánimo depresivo solo o combinado con ansiedad.

Arraras y Villafranca (1996) recogieron la prevalencia de trastornos psicológicos en un grupo de pacientes tratados en la planta del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra. En este estudio se recogieron los datos de las entrevistas mantenidas con los pacientes que habían sido ingresados en la planta a lo largo de un periodo de cuatro meses. La muestra constaba de 66 pacientes. Se llevaron a cabo un total de 289 entrevistas, con una media de 4.4 entrevistas con cada paciente y una mediana de 3. Los diagnósticos se recogieron siguiendo la clasificación DSM-III-R. Un 46% de los pacientes que recibían apoyo psicológico presentaban un diagnóstico de trastorno adaptativo, un 1.5% de distimia, 3% de otros diagnósticos, y el 50% restante que recibían apoyo psicológico, no tenían un diagnóstico DSM-III-R. En este estudio se recogían las intervenciones predominantes que se llevaron a cabo en cada sesión. En un 77% de las entrevistas predominaban los procedimientos psicoterapéuticos de escucha, análisis de las preocupaciones, discusión de ideas negativas excesivas (culpa, miedos, etc.), orientación al paciente a hacer frente a las cargas de la enfermedad y el tratamiento con estrategias que ya conociera u otras nuevas; un 17% de entrevistas con los familiares, y un 6% de intervenciones en las que se trabaja técnicas de manejo de ansiedad, como la relajación o el incremento en las actividades adecuadas que realizaba el paciente.

Estudios posteriores describen una visión más positiva de la incidencia del malestar psicológico en cáncer. Para el conjunto de la muestra estudiada por Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, y Piantadosi (2001) fue del 35.1%. La muestra fue extraída de una base de datos que incluye a 9000 pacientes diagnosticados de cáncer que com-

pletaron el Inventario Breve de Síntomas (*Brief Symptoms Inventory (BSI)*), de 53 ítems de los trastornos psicológicos que contienen tres dimensiones globales y subdimensiones (Derogatis y Melisaratos, 1983). Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de variables descriptivas, se calcularon las medidas de tendencia central y variabilidad. Además, se realizó análisis univariados y regresión múltiple. El análisis fue utilizado para examinar las relaciones de las variables relevantes al malestar psicológico. La tasa de prevalencia para el conjunto de la muestra fue del 35.1%. La tasa fue variada para cada diagnóstico de cáncer desde un 43.4% para cáncer de pulmón, hasta 29.6% para los cánceres ginecológicos. Los pacientes con cáncer pancreático tenían un promedio más alto de las puntuaciones para los síntomas como la ansiedad y la depresión. En este estudio se identificaron una serie de factores tan importantes en la predicción de la prevalencia de malestar psicológico. En primer lugar, se encontraron variaciones amplias entre los pacientes con diferente localización del cáncer, siendo los pacientes con peor pronóstico y mayor carga de síntomas, los de cáncer de pulmón, quienes, típicamente, presentan un mayor malestar psicológico en comparación con los que tienen un mejor pronóstico, como el cáncer de mama. En segundo lugar, el malestar psicológico fue mayor para aquellos que eran más jóvenes (menos de 30 años de edad), con una tendencia a un mayor malestar en aquellos con ingresos más bajos. En tercer lugar, los pacientes que estaban casados pertenecían al grupo de menores dificultades, lo que sugiere que el apoyo social puede ser una variable importante. Este estudio concluyó que, con el tiempo, el malestar psicológico se reducía para la mayoría de los pacientes, y sobre esa base, sólo un tercio de los pacientes de cáncer requieren probablemente intervención psicológica (Zabora et al., 2001).

En otro orden de cosas, existe un número de instrumentos estandarizados que están disponibles para su uso para programas de cribado psicosocial para los pacientes con cáncer y las familias (Barg, Cooley, Pessceta, Senay, y McCorkle, 1994; Goldberg, 1986; Johnson et al., 1995; McNair, Lorr, y Droppelman, 1971).

Aunque existen más de 40 instrumentos estandarizados que han sido utilizados para medir el malestar psicológico entre los pacientes con cáncer, siete surgen de este grupo por su mayor frecuencia de uso (Gotay y Stern, 1995). Estos instrumentos seleccionados poseen un número de características comunes. Primero, son relativamente breves y requieren menos de 20 minutos para ser completadas. En segundo lugar, la mayoría de estos instrumentos poseen subescalas o subdimensiones-factores individuales, así como puntuaciones globales. En tercer lugar, ninguna de estas escalas fue diseñada específicamente para su uso con pacientes con cáncer. No obstante y en general, tienen un alto nivel de utilidad en poblaciones médicas y psiquiátricas. Los instrumentos más utilizados en la literatura de cáncer para medir malestar psicológico son el *Profile of Mood State (POMS)*, *Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)*, *Brief Symptoms Inventory (BSI)*, *Symp-*

tom Checklist 90-R (SCL-90), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Center for Epidemiological Studies Depression (CES-Depression) y Beck Depression Inventory (BDI) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), (ver tabla 14):

Tabla 14

Instrumentos de medida psicológicos

<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	Zigmond y Snaith, 1983
<i>The Symptom Checklist -90-R (SCL-90)</i>	Derogatis, 1983
<i>Profile of Mood States (POMS)</i>	McNair, 1971; Baker, 2002
<i>The positive and negative affect schedule (PANAS)</i>	Watson, 1988; Crawford y Henry, 2004
<i>Impact of Event Scale (IES)</i>	Horowitz et al. 1979
<i>Symptom Distress Scale (SDS)</i>	McCorkle y Young, 1978
<i>Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)</i>	Derogatis, 1986; Gavilán Bouzas, (1999).
<i>General Health Questionnaire (GHQ)</i>	Golberg, 1986
<i>Brief Symptoms Inventory (BSI)</i>	Derogatis y Melisaratos, 1983
<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i>	Andresen, 1994
<i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i>	Spielberger, 1983
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>	Beck et al. 1979
<i>Hamilton Depression Rating Scale (HRSD)</i>	Hamilton, 1960
<i>Cancer-specific distress questionnaire (CSQ-23R)</i>	Herschbach, 2004

2.5.1. Alteraciones emocionales y malestar psicológico en pacientes con cáncer colorrectal

El bienestar psicológico es una de las dimensiones clave de la CV para los pacientes con enfermedad maligna (Brown, McMillan, y Milroy, 2005; Velikova, Stark, y Selby, 1999), por lo que hacer frente a su malestar psicológico es una parte esencial de la clínica oncológica.

Al igual que otros tipos de cáncer, de los supervivientes de cáncer colorrectal puede esperarse que la experiencia de malestar psicológico sea significativa y pueda

perdurar en el tiempo. Así el estudio de Ramsey, Berry, Moinpour, Giedzinska, y Anderson (2002) realizado con 227 personas diagnosticadas de cáncer colorrectal con una edad media de 74 años (DT=8.9), que habían sobrevivido al menos 5 años desde el diagnóstico encontraron lo siguiente: en comparación con poblaciones, supervivientes a largo plazo, los pacientes indicaron una mayor CV en general, pero tuvieron tasas más altas de depresión. Quienes lograban la remisión a largo plazo por cáncer colorrectal podían experimentar una relativamente alta calidad de vida, independientemente del tiempo desde el diagnóstico, aunque los síntomas físicos, tales como la diarrea y los síntomas depresivos, continuaban siendo un problema.

Así pues, el malestar psicológico elevado es una cuestión clínica clave en tales individuos que puede ser perjudicial para las tareas y autocuidados, adhesión al tratamiento y puede disminuir la CV general. (Schroevers, Sanderman, van Sonderen, y Ranchor, 2000).

Varios estudios han evaluado la prevalencia del malestar psicológico específicamente para supervivientes del cáncer colorrectal, con estimaciones de prevalencia que van desde 12% a 37%. En un estudio de corte transversal de 494 pacientes recién diagnosticados de cáncer colorrectal, se encontraron un 31.6% de pacientes que alcanzaron estado clínico de malestar psicológico (Zabora et al., 2001). En otro estudio, con 128 supervivientes de cáncer colorrectal, que fueron evaluados en un promedio 40 meses después de la cirugía, se encontró que el 8% de los participantes reunieron criterios para diagnóstico de ansiedad y el 37% para depresión (Tsunoda, Nakao, Hiratsuka, Yasuda, Shibusawa, y Kusano, 2005). Nordin, Berglund, Glimelius, y Sjöden (2001) entrevistaron a 104 pacientes con cáncer colorrectal localizado y avanzado en un estudio prospectivo en el momento del diagnóstico y 6 meses después, utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), en cáncer colorrectal localizado un 18% de los casos presentaban síntomas de ansiedad y un 12% de depresión, entre las personas con enfermedad avanzada, el promedio de las puntuaciones fueron más elevadas para la ansiedad con un 37% de los pacientes y 21% para la depresión. En otro estudio de 154 supervivientes de cáncer colorrectal de edad media de 65 años, evaluados de 4 a 6 semanas después de la cirugía, se encontró un 18% de los pacientes con estado de ánimo depresivo (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, y Given, 2002). Finalmente, Ramsey, Berry, Moinpour, Giedzinska, y Anderson (2002) encuestaron a 227 pacientes con cáncer colorrectal que fueron evaluados por lo menos 5 años después del diagnóstico y tratamiento del cáncer y se encontró que un 14% estaban deprimidos.

Dentro de los estudios longitudinales y prospectivos, hay que tener en cuenta el siguiente estudio de Dunn et al. (2013) en el que describen los resultados del malestar

psicológico a largo plazo para 1966 supervivientes con cáncer colorrectal (CCR) con una muestra entre 20 y 80 años, así como sus trayectorias de ajuste a través del tiempo. Se evaluó, variables sociodemográficas, el apoyo social percibido y el malestar psicológico, incluyendo los subtipos de ansiedad, depresión y somatización, en seis momentos en el tiempo a partir de 5 meses hasta 5 años después del diagnóstico. En la trayectoria de los 5 años, la prevalencia del malestar psicológico general elevado osciló entre el 44% y 32%, pero fue estadísticamente significativo mayor para los hombres en comparación con las mujeres. Y los subtipos de malestar psicológico se diferenciaron en general, por sexo, edad (ser más joven), menor educación, bajos niveles socioeconómicos, estadios más avanzados de la enfermedad y el escaso apoyo social.

En conclusión, los hombres con cáncer colorrectal mostraban más vulnerabilidad y además si eran más jóvenes, con bajo nivel de educación y con deficiente apoyo social, se convertía en una prioridad para la intervención y apoyo profesional. Además, los autores encontraron cuatro patrones de trayectoria básicos para el malestar psicológico en pacientes con cáncer colorrectal, así fueron identificados en este estudio prospectivo de cinco años los siguientes patrones: Constante Bajo, Nivel Medio, Aumento Medio y Disminución Elevada, con la aparición de cada patrón en los siguientes porcentajes: 19.4%, 29.6%, 38.5% y 12.5%, respectivamente. Los pacientes con un patrón de una Constante Baja mantienen bajos niveles de malestar psicológico durante todo el periodo del estudio (19.4%). Los pacientes con un Nivel Medio tenían un patrón en forma de U de malestar psicológico (29.6%), con una disminución inicial en las puntuaciones de malestar psicológico y un ligero aumento después de un período de 4 años. El patrón de Aumento Medio los pacientes representados con niveles elevados de malestar psicológico durante la totalidad período de seguimiento (38.5%). Por último, el patrón de Disminución Elevada de pacientes con malestar psicológico muestran altos niveles de malestar al principio, pero sus niveles de malestar psicológico disminuyeron gradualmente durante el período de estudio. Dunn et al. (2013) encontraron que una proporción sustancial de pacientes con cáncer colorrectal pueden presentar niveles no patológicos de malestar psicológico 5 años después del diagnóstico.

La relación entre ansiedad y depresión y otras dimensiones de la CV es de interés para los pacientes considerados habitualmente en la práctica clínica oncológica. Skarstein, Aass, Fosså, Skovlund, y Dahl (2000) investigaron la relación entre las variables ansiedad y depresión y la CV en pacientes con varios tipos de cáncer (ginecológico, mama, urológico, hematológico, gastrointestinal, pulmonar y otros). Un total de 568 pacientes con cáncer con media de 55 años (rango: 15-92), que completaron tanto el instrumento de medida EORTC QLQ C33 y HADS en una única ocasión. Se centraron en estudiar la relación de la dimensión de funcionamiento emocional del cuestionario de la EORTC QLQ-C33 con las variables de ansiedad y depresión. La asociación entre

las puntuaciones del funcionamiento emocional y los resultados de las puntuaciones del HADS se analizó mediante regresión lineal múltiple. El sexo y la edad se incluyeron como covariables. Estadísticamente se encontraron relaciones negativas significativas entre el funcionamiento emocional y las puntuaciones del HADS-A (ansiedad) y HADS-D (depresión). Además se encontró que el funcionamiento emocional de QLQ-C33 medía predominantemente ansiedad, aunque la depresión tuvo un fuerte impacto en la mayoría de las dimensiones de la CV. La depresión era un predictor más fuerte para la disminución de la CV que la ansiedad. Los pacientes mayores y hombres reportaron menos malestar emocional, evaluado por la escala de funcionamiento emocional (EORTC), que los más jóvenes y mujeres con HADS-T comparables o puntuaciones HADS-D. Estos autores concluyen que la dimensión de funcionamiento emocional (EORTC) evalúa principalmente la ansiedad, mientras que la depresión tiene un grado menor. Esto implica un riesgo de que la depresión pueda estar infradiagnosticada, si la subescala de funcionamiento emocional de la EORTC QLQ C33 se utiliza como el único instrumento para la detección de los trastornos psicológicos en pacientes con cáncer. Como la depresión tiene un impacto más fuerte en la CV global de los pacientes de cáncer que la ansiedad, recomiendan el uso de un instrumento adicional para la evaluación de la depresión.

Pocos estudios han examinado el malestar psicológico y su relación con las dimensiones de la CV en pacientes con cáncer colorrectal. Tsunoda et al. (2005) repitieron el estudio de Skarstein et al. (2000) realizando un estudio transversal en una muestra de 128 pacientes ambulatorios con cáncer colorrectal que había sido operado al menos 1 año antes de la evaluación. La muestra tenía una edad media de 69 años (DT=10.5). Los pacientes completaron los instrumentos psicológicos para la ansiedad y la depresión (HADS) y la CV con el cuestionario de la EORTC QLQC30. En este estudio se presentan, HADS-A (ansiedad), HADS-D (depresión), HADS-T (puntuación total) como variables continuas. En los análisis de regresión, HADS fue la variable independiente y como variable dependiente se tomó la dimensión del funcionamiento emocional. La edad, sexo, localización del tumor y el grado de la enfermedad se analizaron como covariables adicionales. Las puntuaciones medias de HADS-A, HADS-D, HADS-T y dimensiones seleccionadas de QLQ-C30 no fueron diferentes significativamente en cuanto a sexo, ubicación del tumor (colón o recto), o el tiempo desde la operación. En la actual serie, la prevalencia de malestar psicológico en “casos clínicos” (síntomas de depresión o ansiedad) fue, según HADS-A de 7.8% para la ansiedad y HADS-D 36.7% para la depresión. Los resultados fueron estadísticamente significativos con relaciones negativas entre funcionamiento emocional y HADS-A, HADS-D, y HADS-T, respectivamente, con el mayor coeficiente de correlación para HADS-A. Sin embargo, HADS-D se correlacionaba mucho más que HADS-A con las dimensiones de la CV. La fuerte asociación entre HADS-A y funcionamiento emocional del QLQ-C30 es suficiente para evaluar

la ansiedad en pacientes con cáncer colorrectal. La asociación entre Funcionamiento Emocional (FE) y HADS-D fue más débil que entre FE y HADS-A (regresión coeficiente, -1.94 vs -2.86), a pesar de que era aún muy significativo. Los autores explican que esta relación más débil de la dimensión FE es debido a que contiene solamente una pregunta para abordar depresión (P24 en QLQ-C30, “¿Se sintió deprimido?”), mientras que existen tres elementos evaluación ansiedad (P21: “¿Se sintió nervioso? “; P22: “¿Se sintió preocupado?”; P23: “¿Se sintió irritable?”). Por lo tanto, la dimensión FE probablemente es menos apta que la HADS-D para evaluar la depresión clínicamente. Ninguno de los factores demográficos de edad, sexo, localización del tumor, o extensión de la enfermedad tuvo un efecto sobre la relación entre HADS-D y FE, mientras que Skarstein et al. (2000) encontraron que la edad y el sexo influyeron la relación entre HADS-D y FE.

2.5.2. Predictores de malestar psicológico después de un cáncer colorrectal

Se ha encontrado una serie de variables que predicen peor el ajuste después de cáncer, incluyendo factores sociodemográficos, médicos, psicológicos y estilo de vida. Entre los factores sociodemográficos y médicos predictivos de peores resultados psicológicos se encuentran los siguientes: menor edad en el momento del diagnóstico, ser mujer, tener niños a su cargo, la adversidad económica, los niveles bajos de educación, etapas posteriores de la enfermedad, y efectos de tratamientos de grandes secuelas físicas (Kangas, Henry, y Bryant, 2002; Levine, Eckhardt, y Targ, 2005; Palmer, Kagee, Coyne, y DeMichele, 2004; Widows, Jacobsen, y Fields, 2000). Las variables psicológicas incluyen factores que predisponen como el optimismo disposicional, enfoques adaptables, como valoraciones positivas de la amenaza, así como los recursos de afrontamiento del tipo de apoyo social (Mundy et al., 2000; Naidich y Motta, 2000; Smith, Redd, DuHamel, Vickberg, y Ricketts, 1999). El optimismo disposicional se propone como una característica de personalidad estable por el que una persona ha generalizado un resultado de esperanza que les lleva a esperar que el resultado sea positivo o los resultados positivos de un acontecimiento (Green et al., 1998).

En un estudio de Ramsey et al. (2000) de 173 pacientes con cáncer colorrectal en los 3 primeros años después del diagnóstico, los pacientes incluidos tenían una edad media de 70.4, y 71% eran mujeres. Los pacientes incluidos en el estudio eran de todos los estadios TNM de enfermedad, excepto del estadio IV. Los pacientes cumplieron dos instrumentos de medida autoadministrados: la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer para el cáncer colorrectal (FACT-C) y el Índice de Utilidades en Salud (HUI) Mark III. Los pacientes presentaron una elevada y uniforme CV. El bienestar físico en pacientes con cáncer colorrectal se esperaba que se estabilizase un año después de la cirugía, pero los factores psicosociales pudieron, por el contrario, predecir con más fuerza

la depresión y el malestar psicológico que los factores físicos un año después. Sólo las puntuaciones del bienestar emocional mejoraron significativamente con el tiempo.

En un estudio posterior, Lynch, Steginga, Hawkes, Pakenham, y Dunn (2008) se pretendió describir la prevalencia del malestar psicológico en una muestra poblacional de 1822 pacientes entre 20 y 80 años con cáncer colorrectal, e identificar predictores socio-demográficos, médicos, psicológicos y de estilo de vida, del malestar psicológico. La tasa de respuesta del estudio fue del 53.2%. Se utilizó el Inventario de Síntomas Breve (BSI-18) para evaluar el malestar psicológico. Los elementos del BSI-18 pueden ser agrupados uniformemente en 3 subescalas (ansiedad, depresión, somatización), y la suma de todas las respuestas de las subescalas forman el Índice de Severidad Global (GSI). Los casos considerados clínicos se definieron con una puntuación GSI de 63 o superior, o si cualquiera de las 2 subescalas de síntomas (ansiedad, depresión o somatización) eran 63 o superior. La prevalencia de malestar psicológico global fue baja de un 8.3% y un 6.7% a los 6 y 12 meses post-diagnóstico, respectivamente. El optimismo disposicional se midió usando la prueba de orientación de vida revisada. En el modelo de regresión logística se incluyeron los siguientes predictores hipotéticos: optimismo, evaluación de la amenaza de cáncer, apoyo social a los 6 y 12 meses postdiagnóstico, ambos fueron significativos. Según este estudio es importante la detección del malestar psicológico para detectar eficientemente a pacientes con cáncer colorrectal que requieren intervención psicológica en profundidad. En el estudio, la actividad física no fue significativamente asociada con el malestar psicológico.

Por lo tanto, se necesitan investigaciones adicionales para investigar el potencial de la actividad física para reducir el malestar psicológico después del cáncer colorrectal. Aún si se logra la suficiente intensidad y cantidad de actividad física, puede ser difícil para supervivientes de cáncer que siguen experimentando secuelas negativas de la enfermedad. Además, con la edad aumenta el riesgo de comorbilidad en pacientes con cáncer, que dificulta conseguir el ejercicio regular. Sin embargo, los supervivientes del cáncer que consiguen incluir actividad física regular con éxito modificando su estilo de vida, puede reducir su riesgo de padecer otras enfermedades crónicas y la recurrencia del cáncer (Lynch, Cerin, Newman, y Owen, 2007). Por lo tanto, sigue siendo un fuerte imperativo desarrollar maneras de promover actividad física para esta población. Este estudio es el primero en evaluar la prevalencia de malestar psicológico en pacientes con cáncer colorrectal utilizando un enfoque basado en la población, siendo único en el examen de variables sociodemográficas, médicas, psicológicas, y otras variables relacionadas con el estilo de vida como predictores de malestar psicológico en supervivientes del cáncer colorrectal (Lynch et al., 2008).

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

El objetivo general del estudio es analizar la repercusión de los diferentes tratamientos médicos aplicados a los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, centrándose en ciertas variables psicológicas y de la calidad de vida evaluadas durante el tratamiento médico y en un año de seguimiento.

Objetivos específicos

En base al objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- a) Conocer la evolución de la ansiedad, la depresión, la autoestima, las estrategias de afrontamiento al cáncer y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en un año de seguimiento.
- b) Comparar los cambios en ansiedad, depresión y CV a lo largo de un año de evolución en los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en función del tratamiento médico recibido con quimioterapia y/o radioterapia o no recibido.
- c) Conocer las diferencias en ansiedad, depresión, autoestima, estrategias de afrontamiento al cáncer y CV en pacientes en función del sexo en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal a lo largo de un año de seguimiento.
- d) Conocer las diferencias en ansiedad, depresión, autoestima, estrategias de afrontamiento al cáncer y CV en pacientes en función de la edad en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal a lo largo de un año de seguimiento.
- e) Conocer las diferencias en ansiedad, depresión, autoestima, estrategias de afrontamiento al cáncer y CV en pacientes en función del tipo de cirugía colorrectal en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal a lo largo de un año de seguimiento.

f) Conocer las diferencias en ansiedad, depresión, autoestima, estrategias de afrontamiento al cáncer y CV en pacientes en función del sexo, edad y tipo de cirugía en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal a lo largo de un año de seguimiento.

g) Explorar la relación entre la ansiedad, la depresión, la autoestima, las estrategias de afrontamiento al cáncer y la CV valoradas en los cuatro momentos de evaluación a lo largo de un año en personas diagnosticadas y tratadas de un cáncer colorrectal.

h) Estudiar las variables clínicas y psicológicas recogidas en la evaluación basal de los pacientes con diagnóstico cáncer colorrectal, que mejor predicen la CV al año de iniciar el tratamiento.

Hipótesis:

1. Las dimensiones de la CV pueden verse afectadas por los efectos adversos y secuelas de la toxicidad como por ejemplo astenia, diarrea, náuseas y vómitos...relacionados con los tratamientos complementarios de quimioterapia y radioterapia. Por lo que esperamos que pueda haber diferencias sustanciales entre los pacientes que reciben o no tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia, con unos valores menores en las dimensiones de CV y unas puntuaciones mayores en los síntomas físicos en los pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia en comparación con los pacientes que no reciben ningún tratamiento complementario a la cirugía.
2. Hay estudios que indican que la CV de los pacientes con cáncer colorrectal es generalmente peor en el período postoperatorio temprano (Cammilleri-Brennan y Steele, 2001) y que puede mejorar desde el tercer mes de postoperatorio en adelante (Breukink et al., 2007; Schmidt et al., 2005; Tsunoda et al., 2007). Debido a que los 4 meses primeros los pacientes se encuentran en el postoperatorio y en la fase tratamiento activo por efectos secundarios debidos a la toxicidad de la quimioterapia como astenia, diarrea, pérdida de peso, náuseas y vómitos..., se predice que a medida que pase el tiempo a partir del cuarto mes, pasados los efectos adversos más agudos del tratamiento, la tendencia será hacia valores más elevados de la CV y sus dimensiones.
3. Una revisión Cochrane concluyó que sobre la base de las pruebas disponibles que aquellos pacientes con colostomías tienen una peor CV que aquellos sin un colostomía (Pachler y Wille-Jørgensen, 2004), por el tipo de cirugía más mutilante (colostomía) que conlleva cambio del esquema corporal y alteraciones en el funcionamiento intestinal en pacientes con cáncer colorrectal, por lo que predecimos que estos procesos influirán de manera negativa apareciendo unos valores peores en las diferentes dimensiones de la CV, así como la calidad de vida global del paciente en comparación con aquellos pacientes no colostomizados.

4. Ross et al (2007) encontraron diferencias significativas entre el grupo con colostomía y sin colostomía con el tiempo en depresión, funcionamiento social, imagen corporal y el funcionamiento sexual. Estos resultados coinciden con estudios anteriores, que sugieren un impacto psicosocial generalizado de la colostomía (Brown y Randle, 2005). Los pacientes ven alterados su estado emocional y su imagen corporal, por lo que predcimos diferencias significativas entre los pacientes colostomizados y no colostomizados, con unas puntuaciones más altas en ansiedad, depresión, y más bajas en autoestima, imagen corporal y funcionamiento sexual en los pacientes colostomizados.
5. Jansen, Koch, Brenner, y Arndt (2010) encontraron que, al menos en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal, la presencia de una colostomía parece asociarse a menores puntuaciones en la CV, en el área física y psicológica, lo que parcialmente apoya la creencia de que una colostomía puede estar asociada a una alteración de la CV y mayores niveles de malestar psicológico. Así mismo, por lo explicado anteriormente en las hipótesis, que pueden darse con mas intensidad, en las mujeres jóvenes y colostomizadas, unos valores más altos en depresión, ansiedad y más bajos en funcionamiento emocional y CV.
6. La gran cantidad de posibilidades y proyectos que la vida ofrece hace que pacientes con más cantidad de aspiraciones como los pacientes más jóvenes, con mayor rol, función social, vean truncadas sus aspiraciones por el diagnóstico de un cáncer colorrectal y las secuelas de la enfermedad y como resultado presenten menor CV.
7. Los pacientes más jóvenes, con mayor función social y familiar pueden ver truncadas sus aspiraciones por el diagnóstico y los efectos de la enfermedad, y como resultado presentarán mayor ansiedad y depresión y peor autoestima.
8. Tsunoda et a. (2005) describen una relación negativa entre ansiedad y depresión con CV y sus dimensiones. La preservación de la CV se relaciona fundamentalmente con la ausencia de malestar psicosocial. Es de esperar que los niveles altos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer colorrectal correlacionarán negativamente con la CV y las subescalas funcionales: funcionamiento físico, emocional, social, cognitivo y rol.

9. Los estilos de afrontamiento de desesperanza, y la preocupación ansiosa se asociaban significativamente a la depresión (Watson et al., 1991). Una respuesta ante la enfermedad que es vista como una pérdida o amenaza y el paciente tiene una visión del pronóstico como un resultado inevitablemente negativo e incierto. Cabe esperar que un paciente con cáncer colorrectal con altas puntuaciones en estrategias de afrontamiento como la desesperanza y preocupación ansiosa se relacionará positivamente con altos niveles ansiedad y depresión.

10. Watson et al. (1984) informaron de que la estrategia de espíritu de lucha se asoció significativamente a menos malestar psicológico. El paciente que responde con espíritu de lucha ve el diagnóstico como un desafío, tiene una visión optimista del futuro y cree que es posible ejercer algún control sobre la enfermedad. Cabe esperar que un paciente con cáncer colorrectal con altas puntuaciones en la estrategia de afrontamiento más activa y de adaptación hacia la enfermedad, como es el espíritu de lucha se relacionará negativamente con la ansiedad y la depresión.

11. Geirdal y Dahl (2008) proponen que en las poblaciones con cáncer la calidad de vida está determinada por las características demográficas y de la enfermedad, así como por y su tratamiento, siendo modulados por la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento. Es decir, las variables como la edad (ser más joven), ser mujer, tipo de cirugía con colostomía, tipo de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, malestar psicológico con síntomas de ansiedad y depresión, por un lado, y las estrategias de afrontamiento como desesperanza y preocupación ansiosa con una visión de pérdida o amenaza o diferentes dimensiones de CV en el momento postoperatorio, serán predictores de una peor CV al año de iniciar el tratamiento.

4. MÉTODO

4.1. Diseño Investigación

La presente investigación se enmarcaría en un estudio de tipo **longitudinal, descriptivo, explicativo y predictivo**. Se trata de un estudio **longitudinal** dado que se han administrado a los distintos pacientes los instrumentos de recogida de la información de las variables psicológicas y de CV en cuatro momentos temporales en el periodo de un año. Es **descriptivo** ya que se pretende describir la evolución de los pacientes en las diversas variables psicológicas y de CV a lo largo del periodo estudiado. Posee un carácter **explicativo**, pues se trata de comprobar como determinadas variables sociodemográficas y clínicas afectan a las variables psicológicas y de CV. Finalmente, se trata de un estudio **predictivo** porque pretende determinar cómo las variables psicológicas y clínicas afectan a la CV de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Más concretamente, la presente investigación se enmarcaría dentro de dos tipos de estrategias (Ato, López, y Benavente, 2013):

- Estrategia manipulativa, pues se persigue analizar la relación causal existente entre dos o más variables (Ato et al., 2013). Dentro de esta estrategia se correspondería a un diseño quasi-experimental mixto, o diseño de medidas parcialmente repetidas (Ato et al., 2013; Ato y Vallejo, 2007), dado que existen factores intrasujetos y factores intersujetos, además de que no existe un control por aleatorización o asignación aleatoria.
- Estrategia asociativa, dado que se pretende explorar la relación funcional existente entre distintas variables (Ato et al., 2013). En este caso los tipos de diseños se concretan en estudio correlacional, dado que el interés se centra en la relación no direccional entre variables, y estudio predictivo, pues existe una relación direccional entre las variables.

4.2. Participantes

La muestra del estudio está formada por 166 hombres y mujeres con un diagnóstico por primera vez anatomopatológico de cáncer colorrectal locorregional, siendo el tipo de muestreo que se ha utilizado en esta investigación no probabilístico y de tipo intencional, dado que se solicitó a pacientes que presentaban un determinado diagnóstico clínico su colaboración en el estudio de forma totalmente voluntaria.

Desde mayo de 2000 a julio de 2004, 182 pacientes fueron invitados a participar y se incluyeron en el estudio. La tasa de respuesta fue del 91.2%, completando todas las evaluaciones. Por lo tanto, la muestra final fue de 166 pacientes que complementaron todos los instrumentos en los cuatro momentos de medida, que representa el seguimiento establecido durante un año. Consiguientemente, 16 pacientes no completaron los cuatro momentos evaluativos, ocasionando baja en el estudio a lo largo del año por las siguientes causas: 6 por recaída y metástasis; 5 éxitus; 3 no continúan tratamiento ni seguimiento médico en el centro hospitalario; uno por complicaciones físicas; y otro no acepta cumplimentar los instrumentos de medida psicológicos ni a participar en el estudio.

Las características sociodemográficas y clínicas de los 166 participantes en el estudio se presentan en la tabla 15. Respecto a los datos sociodemográficos se puede resaltar, que la muestra tiene un rango de edad entre los 29 años y los 79 años con una edad media de 62.67 años y una desviación típica de 9.38. En relación al sexo el 56.6% son hombres y el 43.4% son mujeres. Respecto al estado civil, la mayoría de individuos de la muestra se encuentran casados, representando el 79.5%. En el momento de la recogida de datos un 42.2 % son jubilados, un 28.3% están en activo y un 28.3% son amas de casa. Un 41.6% comentan tener estudios primarios y un 36.7 % no tienen estudios básicos.

Respecto a los datos clínicos cabe resaltar que alrededor de un 50% de la muestra presenta un estadio III de la enfermedad. Un 61.4% de la muestra tiene una localización del tumor en el colón, no se realizó ostomía en un 74% de los pacientes. El grupo mayoritario para el tipo de tratamiento complementario a la cirugía con un 45.2% recibió sólo quimioterapia adyuvante.

TABLA 15
Características sociodemográficas y clínicas (N=166)

Edad	Media (D.T.)	62.67 (9.38)	
	Rango	29 - 79	
		N	(%)
Género	Hombres	94	56.6%
	Mujeres	72	43.4%
Estado Civil	Casado	132	79.5%
	Soltero	19	11.4%
	Viudo	10	6.0%
	Separado/Divorciado	5	3.0%
Nivel Estudios	Sin estudios	61	36.7%
	Estudios primarios	69	41.6%
	E. Secundarios	25	15.1%
	E. Universitarios	11	6.6%
Situación laboral	Activo	47	28.3%
	Jubilado	70	42.2%
	Ama de casa	47	28.3%
	En paro	1	0.6%
	Estudiante	1	0.6%
Historia familiar CCR.	Sí	31	18.7%
	No	135	81.3%
Localización tumor	Colon	102	61.4%
	Recto	64	38.6%
Estadio enfermedad	Estadio I	9	5.4%
	Estadio II	74	44.6%
	Estadio III	83	50.0%
Ostomía	Sí	43	25.9%
	No	123	74.1%
Tratamiento complementario	Ninguno	30	18,1%
	QT Adyuvante	75	45,2%
	QT+RT Neo/Adyuvante	61	36,7%
Índice Karnofsky 1ª Evaluación	Media (D.T.)	87.0 (9.6)	
	Rango	60 - 100	
Índice Karnofsky 2ª Evaluación	Media (D.T.)	88.3 (9.7)	
	Rango	50 - 100	
Índice Karnofsky 3ª Evaluación	Media (D.T.)	92.9 (7.9)	
	Rango	60 - 100	
Índice Karnofsky 4ª Evaluación	Media (D.T.)	95.0 (7.2)	
	Rango	70 - 100	

Nota. D.T.= Desviación Típica; CCR= cáncer colorrectal;
RT= Radioterapia ; QT= Quimioterapia

4.3. Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio son los siguientes: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond y Snaith, 1983); la Escala de Autoestima Rosenberg (Rosenberg, 1965); la Escala Ajuste Mental al Cáncer (M.A.C.) (Watson et al., 1988); el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 versión 3.0 (Aaronson et al., 1993); y el Módulo específico de cáncer colorrectal: QLQ-CR38 (Sprangers, 1999).

Además, en el primer momento de evaluación se recogen los datos sociobiográficos, las variables clínicas y las variables psicológicas: ansiedad, depresión, autoestima, calidad de vida y estrategias de afrontamiento al cáncer. Las variables psicológicas, la calidad de vida y *performance status* medido con el Índice de Karnofsky, Abelmann, Craver y Buchenal (1948) se miden en los cuatro momentos de evaluación establecidos cada 4 meses a lo largo de un año.

Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983)

El instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* fue desarrollado por Zigmond y Snaith (1983). El objetivo de la misma es la valoración de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con una enfermedad física en el ámbito hospitalario, siendo seleccionado en esta investigación por sus propiedades psicométricas y gran uso en estudios con muestras de enfermos crónicos, además de ser una prueba breve y de fácil administración.

Zigmond y Snaith (1983) diseñaron esta escala con el propósito de encontrar un instrumento de confianza para detectar estados de depresión y ansiedad en un ámbito de hospital médico con pacientes ambulatorios. Posteriormente, esta escala ha sido utilizada en diferentes ámbitos hospitalarios. De esta forma, la escala fue validada para personas con enfermedad física por Aylard et al. (1987) e Ibbotson, Magire, Selby, Priestmann y Wallace (1994). En el ámbito de la Psicooncología, su uso ha generado estudios psicométricos en diferentes países, recomendado como medida de impacto emocional tanto en estudios transversales (Aass, Fosså, Dahl y Moe, 1997) como longitudinales (Razavi, Delvaux, Farvacques y Robaye, 1990; Thomas, Glynne, Chait y Marks, 1997). La escala se ha empleado sobre todo para medir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama (Watson et al., 1991) aunque también en otro tipo de cánceres como el de testículo (Moynihan, 1987).

El HADS consta de 14 ítems, cuya estructura es una escala de respuesta tipo Likert con cuatro categorías de respuesta. Esta escala se compone de dos subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 7 ítems cada una. La subescala de depresión enfatiza el estado de anhedonia, la cual es considerada por algunos como los síntomas característicos del subtipo de depresión endógena y es predictiva de respuesta a medicación antidepresiva. Los ítems que componen la subescala de ansiedad fueron seleccionados del *Present State Examination* (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) y de trabajos anteriores de los propios autores modificando la Escala de Ansiedad de Hamilton (Snaith, Baugh, Clayden, Hussain y Sipple, 1982). En cada ítem al paciente se le hace referencia a síntomas experimentados durante la semana previa.

La prueba proporciona dos puntuaciones, una para la dimensión de ansiedad y otra para la de depresión, con un rango que va desde 0 (no malestar) hasta 21 (máximo malestar). La puntuación de corte para identificar los casos clínicos recomendada por Zigmond y Snaith (1983) era entre 0-7 el paciente muestra ausencia de síntomas; entre 8-10 se trata de un caso dudoso; y entre 11-21 el paciente presenta síntomas de ansiedad y depresión. Los mismos autores establecieron una puntuación de corte mayor de 8, de modo que si el paciente en cualquiera de las dos subescalas supera esta puntuación indica síntomas clínicos de ansiedad y depresión. Posteriormente, Herrero et al. (2003) realizan una propuesta de un nuevo punto de corte óptimo para la detección de síntomas clínicos de depresión y ansiedad, en 5 y 8 respectivamente.

Zigmond y Snaith (1983) elaboraron la escala con una muestra de más de 100 pacientes que presentaban diversos problemas orgánicos, cuyo rango de edad oscilaba entre 16 y 65 años. En el trabajo original la prueba presenta buenos índices de consistencia interna, validez de constructo, discriminante, etc. En pacientes con cáncer, Moorey et al. (1991) estudiaron la escala seleccionando un amplio rango de diagnósticos y estadios de cáncer. En este estudio, las puntuaciones medias fueron 5.44 para ansiedad (DT= 4.07; rango 0-19) y 3.02 para depresión (DT= 2.98, rango 0-19), utilizando el coeficiente de fiabilidad α de Cronbach para la escala de ansiedad con un valor de .93 (N=575) y para la escala de depresión de .90 (n=575). En población española, se han desarrollado numerosos trabajos de validación de la escala, destacando el trabajo de Tejero et al. (1986) realizado con 66 enfermos psiquiátricos obteniendo en la fiabilidad para la ansiedad 0.81 y para depresión 0.816. Otro estudio realizado en la Universidad de Valencia con 581 sujetos utiliza la escala con muestra de estudiantes, enfermos psiquiátricos y enfermos crónicos (Caro e Ibáñez, 1992). En los últimos diez años se han realizado diversos estudios que confirman las propiedades psicométricas del HADS en la población oncológica (López-Roig et al., 2000), este estudio cuenta con una muestra de 172 pacientes diagnosticados de cáncer en la Unidad de Oncología, Hospital Gene-

ral Universitario de Alicante. Las puntuaciones medias fueron 6.26 para ansiedad (DT= 4.59; rango 0-19) y 4.46 para depresión (DT= 4.69, rango 0-21) el coeficiente de consistencia interna (Alfa (α) de Cronbach) para la escala de ansiedad es de 0.77 (N=172) y un Alfa (α) de Cronbach para la escala de depresión de 0.83 (n=172). Asimismo, ha sido validada en población española por varios autores (Quintana et al., 2003), indicando un coeficiente de correlación test-retest de 0.85 y un coeficiente Alfa (α) de Cronbach elevado tanto para la escala de ansiedad (0.86) como para la escala de depresión (0.86). Y por último Herrero et al. (2003) realizó una validación del HADS con una muestra de 385 pacientes ambulatorios tratados en Hospital Clínic de Barcelona, la fiabilidad valorada con el Alfa (α) de Cronbach fue de 0.85 para ansiedad y 0.84 para depresión.

Escala de Autoestima (EAR) (Rosenberg, 1965)

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) es una de las escalas de más amplia tradición en Psicología para la medición de la autoestima. En la concepción de Rosenberg (1965) la autoestima es una predisposición personal unitaria, de tal modo que su escala solo evaluaría esa actitud global, midiendo un factor único de autoestima.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989) está constituida por diez ítems referidos a la valoración global que hace el individuo respecto de sí mismo. Las puntuaciones de la escala oscila entre diez (baja autoestima) y cuarenta (máxima autoestima). Es decir, a mayor puntuación más autoestima. Su sistema de respuesta está formado por una escala tipo Likert con cuatro puntos, con anclajes desde “*Estoy muy en desacuerdo*” hasta “*Estoy muy de acuerdo*”. De los 10 ítems, 5 están redactados en sentido positivo y los otros 5 ítems están redactados en sentido negativo.

La escala ha sido validada con población española por diversos autores. En la Universidad de Valencia, Pastor, Navarro, Tomás y Oliver (1997) realizaron su estudio en una muestra de 640 estudiantes de B.U.P. y C.O.U.; el coeficiente α de Cronbach para la escala total fue satisfactorio, correspondiéndole el valor .827. Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004) llevaron a cabo la validación clínica de la escala mediante una muestra que estaba formada por 533 pacientes derivados a Centros de Salud Mental de Distrito pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, mostrando los datos un coeficiente α de Cronbach de .87 y un índice de fiabilidad test-retest que oscila entre 0.72 y 0.74. En estudios realizados con pacientes oncológicos, Curbow y Somerfield (1991) estudiaron su validez con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.87.

Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC) de Watson et al. (1988)

La escala de MAC es un instrumento autoadministrado ampliamente utilizado para pacientes con cáncer (Watson et al., 1988). Fue desarrollado originalmente para la evaluación de ajuste mental al cáncer, pero en los últimos estudios, autores han utilizado la escala MAC como una medida de estrategias de afrontamiento (Lampic et al., 1994; Schnoll, Mackinnon, Stolbach, y Lorman, 1995; Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, y Stolbach, 1992) han utilizado la escala MAC como una medida de estrategias de afrontamiento.

Esta escala consta de 40 ítems que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico de cáncer y que se clasifican en cinco sub-escalas o modos generales de afrontamiento catalogándolos como “espíritu de lucha”, “desamparo/desesperanza (indefensión)”, “preocupación ansiosa”, “fatalismo (aceptación estoica)” y “evitación (negación)”. Su sistema de respuesta está formado por una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta con una puntuación de 1 a 4 por ítem, con anclajes desde “Seguro que no”, “Creo que no”, “Creo que sí” hasta “Seguro que sí”. Las puntuaciones de cada subescala son independientes, alcanzando mayores puntuaciones en cada subescala cuando más alta es la presencia de un estilo de afrontamiento u otro. Las cinco subescalas que valoran los estilos de afrontamiento al cáncer las describimos a continuación:

- a) Espíritu de Lucha (EL). Esta subescala está compuesta por 16 ítems (4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40). Los pacientes con este estilo de afrontamiento aceptan el diagnóstico, utilizan la palabra cáncer, están decididos a luchar contra la enfermedad, tratan de obtener la mayor información posible al respecto y adoptan una actitud optimista; pueden ver la enfermedad como un reto y creen que es posible ejercer algún control sobre la enfermedad. Ejemplos de ítems: “Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud”, “No le doy vueltas a mi cabeza sobre mi enfermedad”, “Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella”, “Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre”, “Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad”, “Intento luchar contra la enfermedad”.
- b) Desesperanza (D). Esta subescala está compuesta por 6 ítems (2, 9, 17, 23, 25, 26). El paciente se siente impotente ante diagnóstico del cáncer, encuentra difícil pensar en cualquier otra cosa, la vida cotidiana se interrumpe considerablemente por temores sobre la enfermedad y, posiblemente la muerte;

adopta una actitud totalmente pesimista. Ejemplos de ítems: *“Creo que no puedo hacer nada para animarme”*, *“Siento que en la vida no queda esperanza”*, *“Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme”*, *“Me siento totalmente desorientado sobre lo que de hacer”*.

- c) Preocupación ansiosa (PA). Esta subescala está compuesta por 9 ítems (1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37). El paciente que adquiere este estilo de afrontamiento reacciona ante el diagnóstico de cáncer con ansiedad persistente y que puede ser acompañado con más o menos síntomas de depresión, busca activamente información sobre el cáncer, pero tiende a interpretar la información con pesimismo y alimenta sus preocupaciones; el paciente está muy atento a los dolores y síntomas físicos y generan preocupaciones que se centran en la propagación o recurrencia del cáncer, pueden buscar la cura de diversas fuentes, incluyendo los llamados tratamientos alternativos. Ejemplos de ítems: *“Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro”*, *“Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo”*, *“Intento conseguir toda la información que puedo de la enfermedad”*, *“Estoy muy enfadado por lo que me ha pasado”*.
- d) Fatalismo (aceptación estoica) (F). Esta subescala está compuesta por 8 ítems (7, 8, 12, 15, 24, 30, 33, 35). El paciente acepta el diagnóstico, no busca más información, adopta una actitud fatalista y se deja llevar, cree que no es posible ejercer ningún control sobre el cáncer. Ejemplos de ítems: *“Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas”*, *“Dejo todo en mano de mis médicos”*, *“Será lo que dios quiera”*, *“Evito informarme sobre la enfermedad”*.
- e) Evitación / Negación (E/N). Esta subescala está formada solo por 1 ítem (38). El paciente se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer o evita el uso de la palabra cáncer; o admite el diagnóstico, pero niega o minimiza la seriedad y la ansiedad sobre él. Podemos encontrar pacientes con expresiones como: *“los doctores acaban de operarme el colon como medida de precaución”*, *“podría haber habido unas pocas células cancerosas, pero no había nada serio, no hay nada de qué preocuparse”*. Ejemplo del ítem: *“En realidad, yo no creo que tenga esa enfermedad”*.

La creación y validación de la escala en habla inglesa se realizó por Watson et al. (1988) en una muestra británica 100 pacientes con cáncer que incluyeron las cinco subescalas: *“espíritu de lucha”*, *“desesperanza”*, *“fatalismo”*, *“preocupación ansiosa”* y *“evitación”*. A excepción de la última, las cuatro subescalas han demostrado buenas pro-

iedades psicométricas con coeficientes α de Cronbach entre .65 y .84 (Greer, Moorey, y Watson, 1989; Watson et al., 1988). La versión original de evitación (negación) consta de un solo ítem, con un factor de pobre fiabilidad .31 (Watson, Greer, y Bliss, 1989). Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, y Stolbach (1992), con una muestra de pacientes con cáncer de Estados Unidos, encontraron coeficientes α de Cronbach entre un .43 y .83. Sin embargo, las estructuras factoriales fueron diferentes entre las dos muestras. Nordin, Berglund, Terje y Glimelius (1999) en una muestra heterogénea con un gran número de pacientes con cáncer -868 pacientes fueron reclutado de tres hospitales en Suecia, 230 (26%) pacientes tenían diagnóstico cáncer gastrointestinal- la mayoría de las subescalas cumplen el criterio de fiabilidad entre .61 y .81 en el coeficiente α de Cronbach para todas las subescalas excepto la evitación (negación). Por otra parte Osborne, Elsworth, Kissane, Burke y Hopper (1999) –con un grupo de 632 pacientes con cáncer de mama no metastático- obtuvieron una fiabilidad satisfactoria para dos sub-escalas EL (.85), D (.81) y más bajo para PA (.65) y F (.64). Posteriormente, Watson y Homewood (2008) realizan una nueva validación de la escala con una muestra heterogénea de 1255 pacientes con cáncer, llegando a la conclusión que la dimensión original de MAC de la desesperanza es extremadamente estable y robusta; además, que los factores originales pueden ser sumidos dentro de dos subescalas globales (primer orden): los factores relativos a las puntuaciones de ajuste positivo con una fiabilidad .84 y el ajuste negativo con una fiabilidad .84. El ajuste positivo compuesto por 16 ítems, 15 ítems de la sub-escala de lucha contra el Espíritu, junto con dos elementos de la sub-escala fatalista. Y el ajuste negativo compone los seis ítems de la sub-escala de desesperanza sub-escala original junto con cinco ítems de preocupación ansiosa y cuatro de fatalista y de evitación. En población española, Ferrero, Barreto, y Toledo (1994) validaron la escala que incluyó las cuatro primeras subescalas; es una traducción directa de la versión inglesa, pero la palabra “cáncer” fue reemplazado por la palabra “enfermedad”, a fin de respetar la negación posible de su enfermedad por los pacientes y es la misma versión que hemos utilizado en el presente estudio. Este estudio se realizó con 68 pacientes de cáncer de mama no metastático, demostrado fiabilidad adecuada entre un .67 y .84; en la que la mayoría de las subescalas cumplen el criterio de fiabilidad de .7 en el coeficiente α de Cronbach.

Questionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 versión 3.0 (Aaronson et al., 1993)

La versión 3.0 del cuestionario de CV para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30), de Aaronson et al. (1993), ha sido probada en estudios de campo de la EORTC (Bjordal et al., 2000). La versión 3.0: incluye treinta ítems que se reparten en una escala global de salud y CV, cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas formadas por varios ítems (fatiga, dolor y náu-

seas-vómitos), y un número de ítems individuales que evalúan problemas económicos y síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) para evaluar dificultades causadas por la enfermedad o el tratamiento.

Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta tipo Likert de cuatro categorías, con las siguientes opciones de respuesta “*en absoluto*”, “*un poco*”, “*bastante*” y “*mucho*”. La escala global de calidad de vida, compuesta por 2 ítems, tiene siete puntos de respuesta desde el 1 (pésima) a 7 (excelente). Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala se ponderan de modo que los valores finales estarán comprendidos entre el 0 y el 100.

El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 versión 3.0 está compuesto por tres tipos de escalas:

– **Puntuación Global de CV** en el que una puntuación más alta representa un alto funcionamiento y mejor CV en cuanto a salud general.

Está formado por 2 ítems (29 y 30) con 7 categorías de respuesta (escala visual analógica donde el 1 es “pésima” y el 7 “excelente”).

– **Escalas funcionales**. Está compuesto por 5 sub-escalas (4 alternativas de respuesta del tipo Likert puntuadas del 1 al 4: 1 “en absoluto” 2 “un poco” 3 “bastante” 4 “mucho”)

1. Funcionamiento físico (ítems: 1-2-3-4-5)
2. Rol (ítems: 6-7)
3. Funcionamiento emocional (ítems: 21, 22, 23, 24)
4. Funcionamiento cognitivo (ítems: 20, 25)
5. Funcionamiento social (ítems: 26-27)

Una puntuación alta en cada una de las escalas funcionales representa un alto y saludable nivel de funcionamiento.

– **Escalas de síntomas**: compuesta por una serie de síntomas (4 alternativas de respuesta de tipo likert puntuadas de 1 a 4: 1 “en absoluto” 2 “un poco” 3 “bastante” 4 “mucho”):

1. Fatiga, astenia (ítems: 10-12-18)
2. Náuseas y vómitos (ítems: 14-15)
3. Dolor (ítems: 9-19)

Una puntuación alta en cada uno de estos síntomas representa un alto nivel de sintomatología y de problemas en esta área.

– **Y 6 ítems simples que valoran:**

1. Disnea, asfixia (ítem 8)
2. Insomnio (ítem 11)
3. Disminución del apetito (ítem 13)
4. Estreñimiento (ítem 16)
5. Diarrea (ítem 17)
6. Dificultades económicas (ítem 28)

Una puntuación alta en cada uno de estos síntomas representa un alto nivel de sintomatología y de problemas en esta área.

La EORTC QLQ-C30 ha validado y traducido a través de una serie de estudios internacionales, cada centrándose en tumores específicos. Además, el Grupo de la EORTC recomienda llevar a cabo estudios realizados en distintos países con el fin de proporcionar un conocimiento más profundo del funcionamiento de estos Instrumentos de CV (Aaronson et al., 1993). Algunos de estos estudios individuales se han llevado a cabo en Italia (Apolone, Filiberti, Cifani, Ruggiata, y Mosconi, 1998) y Japón (Kobayashi et al., 1998). La versión 1.0 del QLQ-C30 ha sido validada para su uso en España con una muestra de pulmón y de pacientes con cáncer de mama (Arraras, Illarramendi, y Valerdi, 1995) y la estructura factorial estuvo en línea con otros estudios. La versión 2.0 se realizó con una muestra de pulmón pacientes con cáncer (Arraras et al., 1999) y con pacientes de cáncer de mama (Arraras et al., 2000), en la que la mayoría de las escalas cumplen el criterio de fiabilidad de 0.7 en el coeficiente α de Cronbach. La versión 3.0 fue validada por Arraras et al. (2002) en una muestra de 201 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, cumpliendo todas las escalas el criterio de fiabilidad de 0.7 en el coeficiente α de Cronbach excepto la escala de funcionamiento cognitivo y la de síntomas nauseas y vómitos. La EORTC QLQ-C30 se tradujo del original inglés al español usando un procedimiento de traducción-retrotraducción aprobado por el Grupo de Estudio EORTC (Cull, Sprangers, Bjordal, y Aaronson, 1998).

Módulo específico de cáncer colorrectal: QLQ-CR38 (Sprangers, te Velde, y Aaronson, 1999)

La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento de Cáncer (EORTC) desarrolla el modulo QLQ-CR38 como un instrumento para valorar características específicas de la CV de pacientes con cáncer colorrectal y lo utiliza para complementar la medida ampliamente utilizada genérica de calidad de la EORTC QLQ-C30. Desde su desarrollo en la década de 1990, el QLQ-CR38 ha sido traducido a varios idiomas y es ampliamente utilizado en estudios clínicos internacionales

en oncología. El grupo de Sprangers et al. (1999) realizó la construcción del módulo específico de CV en cáncer colorrectal para ser utilizado conjuntamente con la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer (EORTC) QLQ-C30 y poner a prueba su fiabilidad y validez en una muestra de 117 pacientes con cáncer colorrectal en los Países Bajos. La construcción del módulo se llevó a cabo siguiendo las directrices de la EORTC. El módulo QLQ-CR38 está formado por 38 ítems que abarcan los síntomas secundarios relacionados con diferentes modalidades de tratamiento, como la imagen corporal, la sexualidad, perspectiva futura; y síntomas urinarios y gastrointestinales, efectos quimioterapia, etc. El Coeficiente α de Cronbach para siete de las nueve escalas había superado el criterio .70 en una o ambas evaluaciones. La fiabilidad test-retest para todas las escalas y un único elemento fue .78 ó mayor. El estudio dio soporte a la validez clínica de la QLQ-CR38 como instrumento complementario al cuestionario de CV de la EORTC (QLQ-C30), para valorar cuestiones relevantes para los pacientes con cáncer colorrectal. Más reciente un grupo danés Thaysen, Jess, Laurberg, y Groenvold (2012) con una muestra 164 pacientes con cáncer colorrectal realizó la validación de la versión danesa de la EORTC QLQ-CR38 concluyó que las propiedades psicométricas satisfactorias para las escalas: la imagen corporal, el funcionamiento sexual, problemas sexuales masculinos y problemas de defecación. Se encontraron actuaciones psicométricas subóptimas para las escalas de: problemas de micción, síntomas del tracto gastrointestinal y pérdida de peso, y problemas con efectos de la quimioterapia porque la muestra con la que contaban, no habían muchos pacientes que hubieran recibido quimioterapia y tenían muchas omisiones en las preguntas de los problemas sexuales femeninos. En muestra española, el módulo fue validado por Arraras et al. (2003) para una muestra de 109 pacientes con cáncer de recto, la fiabilidad de las escalas del módulo QLQ-CR38 medida con el α de Cronbach es adecuada.

La escala está compuesta por 38 ítems con 4 alternativas de respuesta tipo Likert puntuadas de 1 a 4: (1 en absoluto, 2 un poco, 3 bastante, 4 mucho). Está formada por:

- Hay 4 Escalas Funcionales:
 - Imagen Corporal. Ítems: 13, 14, 15
 - Función sexual. Ítems: 17, 18
 - Placer/Satisfacción sexual. Ítem: 19
 - Perspectiva futura. Ítem: 16

Una puntuación alta en cada una de las escalas funcionales representa un alto y saludable nivel de funcionamiento en estas áreas.

- Escalas de Síntomas:
 - Síntomas urinarios. Ítems: 1, 2, 3
 - Síntomas gastrointestinales. Ítems: 4, 5, 6, 7, 8
 - Efectos quimioterapia. Ítems: 10, 11, 12
 - Problemas defecación/ problemas de colostomía.
 - 7 ítems: PD: 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 (Cirugía sin Ostomía)
 - PE: 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 (Cirugía con Ostomía)
 - Problemas sexuales por sexo.
 - 2 ítems. Hombres: 20, 21
 - 2 ítems. Mujeres: 22, 23
 - Pérdida peso. Ítem: 9

Una puntuación alta en cada uno de estos síntomas representa un alto nivel de sintomatología, de problemas en esta área

La EORTC ha actualizado el módulo QLQ-CR38 convirtiéndose en un nuevo módulo para valorar CV en pacientes con cáncer colorrectal denominado QLQ-CR29 (Whistance et al., 2009). Se presume que contienen escalas funcionales (imagen corporal, ansiedad, peso, interés sexual en el hombre y en la mujer) y 18 escalas de síntomas reduciendo la anterior versión de 38 a 29 ítems. Validado en España por Arraras et al. (2011) con 84 pacientes con cáncer rectal donde valoro 2 evaluaciones el modulo QLQ-CR38 y una del nuevo módulo EORTC QLQ-CR29. Los análisis con el coeficiente α de Cronbach cumplían criterio de las escalas sobre 0.7 o estaban cerca de él.

4.4. Procedimiento

Los pacientes recientemente diagnosticados de cáncer colorrectal fueron reclutados a medida que iban llegando (consecutivamente) desde mayo de 2000 hasta julio de 2004 en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. En todos los casos se realizó un seguimiento y valoración durante un año con una evaluación cada 4 meses hasta completar las 4 evaluaciones establecidas, desde la recepción inicial del paciente en el Servicio de Oncología Médica para valoración de tratamiento, y tras un mes de la intervención quirúrgica.

Los criterios de inclusión para seleccionar el grupo clínico son: varones o mujeres mayores de 18 años de edad, nivel de lectura y escritura que les permitiera completar las pruebas, quirúrgicamente operables y con diagnóstico de cáncer colorrectal en estadios I, II o III de la enfermedad. Se excluyeron los pacientes con metástasis a distancia (estadio IV), con antecedentes de patología neoplásica anterior, con trastornos psicopatológicos graves (psicosis o demencia) o patología incapacitante en el momento de la evaluación y con imposibilidad de completar las 4 evaluaciones establecidas en el seguimiento durante un año.

A los pacientes se les informaba de los objetivos del estudio y de su voluntariedad para participar en él. A la vez que se obtenía el consentimiento informado, se les explicaba la confidencialidad en el tratamiento de los datos.

La investigadora estuvo presente durante las evaluaciones para proporcionar asistencia, si era necesario y para apoyar en cualquier problema en la cumplimentación adecuada de los instrumentos de evaluación, supervisando que todos los ítems de los instrumentos estuvieran totalmente completados. La batería de instrumentos de evaluación requiere aproximadamente 30 minutos para completarse por los pacientes.

La evaluación de los pacientes se realiza a lo largo de un año en cuatro momentos de evaluación determinados: a) un mes después de la intervención quirúrgica durante la primera visita al Servicio de Oncología Médica y antes de iniciar el tratamiento complementario. En este momento el paciente suele conocer su diagnóstico y resultado de la anatomía patológica y recibe información sobre el pronóstico y la necesidad de continuar o no con tratamientos complementarios, b) al 4º mes, la evaluación coincide con el primer día del tratamiento del cuarto ciclo antes de recibir la quimioterapia el enfermo está en curso del tratamiento y con los efectos adversos propios del mismo, o continua revisiones en Servicio Oncología Médica sin tratamiento complementario c) al 8º mes, durante la primera revisión tras finalizar el tratamiento, cosa que acontece

a los dos meses de acabar la quimioterapia y d) al año de haber iniciado la cirugía y la primera evaluación, los pacientes suelen haberse recuperado ya de la toxicidad aguda del tratamiento y comienza el periodo de supervivencia y de revisiones ambulatorias al centro hospitalario.

La muestra se reclutó consecutivamente con pacientes con un diagnóstico de cáncer colorrectal en estadio clínico I, II y III. El tipo de cirugía y el tratamiento oncológico vinieron determinados por el estadio clínico y la localización del tumor. Todos los pacientes con cáncer colorrectal se operaron de entrada con una resección completa del tumor, que incluyó el territorio ganglionar correspondiente. La única excepción fueron los pacientes con cáncer de recto localizado, que recibieron tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y radioterapia concomitante antes de la intervención quirúrgica. El tipo de operación dependió de la localización del tumor y, específicamente, de la distancia del tumor al ano. La cirugía habitual fue: a) sin colostomía en los siguientes casos la intervención con hemicolectomía con anastomosis término-terminal en los pacientes con cáncer de colon (sólo en casos de obstrucción intestinal aguda pueden precisar de una colostomía temporalmente) y por otro lado la resección segmentaria (resección anterior) con conservación del esfínter anal en los pacientes con tumores del sigma y recto superior; y b) con colostomía permanente con la amputación abdominoperineal en los pacientes con cánceres de recto inferior (a menos de 5 cm del margen anal). Respecto al tratamiento adyuvante quimioterápico y radioterápico en los pacientes diagnosticados de un cáncer colorrectal se administró según el estadio de la enfermedad. Mientras que los pacientes con estadio I no reciben quimioterapia adyuvante, los pacientes con tumores de colon en estadios II y III suelen recibir quimioterapia adyuvante (complementaria o profiláctica) tras la cirugía. El esquema habitual de tratamiento quimioterápico adyuvante era el régimen de la Clínica de Mayo. Incluye 5-fluorouracilo y ácido folínico administrados en bolo durante 5 días consecutivos, en ciclos repetidos cada 28 días, durante 6 meses. En el tratamiento ambulatorio, además de la quimioterapia (esquema de la Clínica Mayo o 5-fluorouracilo en infusión continua), los pacientes con cáncer de recto recibieron generalmente radioterapia pélvica adyuvante hasta una dosis total de 45 Gy, que se administran en sesiones diarias (5 veces por semana) durante 5 semanas. Por otra parte los pacientes que recibieron la quimiorradioterapia concomitante neoadyuvante o preoperatoria les permitía reducir el tamaño del tumor antes de la intervención quirúrgica, en el Hospital Universitario La Fe se empleó quimioterapia oral con UFT (más recientemente asociado a oxaliplatino) y en estos casos incluyó radioterapia preoperatoria en una dosis de 45 Gy durante 5 semanas.

4.5. Análisis Estadísticos

Los análisis de datos que se han llevado a cabo para responder a los objetivos e hipótesis son los siguientes:

- 1) Estadísticos descriptivos de las diversas variables consideradas en el estudio.
- 2) Modelo ANOVA mixto para medidas repetidas, con el objetivo de estudiar la evolución temporal de las distintas variables observadas y los grupos que se han considerado.

En este estudio se ha optado por el modelo ANOVA para medidas repetidas dado que las mediciones temporales son equilibradas –balanceadas- y no se ha producido ningún tipo de pérdida en relación con los sujetos en los cuatro momentos de medida (Ato y Vallejo, 2007). Además, dado que las interacciones entre las variables independientes producen grupos pequeños no son aconsejables otras técnicas estadísticas que implican un número elevado de sujetos (Arnau, Balluerka, Bono y Gorostiaga, 2010; Blanca, 2004).

Además, una de las asunciones de este modelo se corresponde con la esfericidad (Maxwell y Delaney, 2004). El proceso adoptado en tal caso es el siguiente (Ato y Vallejo, 2007; Blanca, 2004):

- Si el supuesto de esfericidad se cumple se utiliza el estadístico F–prueba de Mauchly.
- Si el supuesto de esfericidad no se cumple se utiliza la corrección de Huynh-Feldt para desviaciones moderadas de la esfericidad (*épsilon* > .75), y para desviaciones grandes se utiliza la corrección de Greenhouse-Geisser (*épsilon* < .75).

En cuanto al tamaño del efecto, el indicador que se ha utilizado en este tipo de análisis es la η^2 parcial. Los valores que se han considerado en el tamaño del efecto son: .01-.059 pequeño; .06-.139 mediano; \geq .14 grande (Sink y Mvududu, 2010).

Las variables dependientes que se han analizado son las siguientes:

- Ansiedad
- Depresión
- Autoestima
- Espíritu de Lucha
- Desamparo/Desesperanza
- Preocupación ansiosa
- Fatalismo (aceptación estoica)

- Negación/evitación
- Escala global calidad de vida
- Funcionamiento físico
- Rol
- Funcionamiento emocional
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento social
- Imagen corporal
- Funcionamiento sexual
- Escala de síntomas: Fatiga, náuseas y vómitos, dolor, asfixia, insomnio, apetito, estreñimiento, diarrea, síntomas urinarios, síntomas gastrointestinales, efecto quimioterapia y pérdida peso.

Las variables independientes consideradas son las siguientes:

- Momento temporal, con 4 tiempos/evaluaciones medidas cada 4 meses a lo largo de 1 año.
- Tipo de tratamiento recibido con las siguientes tres tipologías: no tratamiento, quimioterapia adyuvante, QT/RT adyuvante y/o neoadyuvante.
- Edad, que se ha optado por dos grupos: menores de 65 años e igual o mayor a 65 años.
- Sexo
- Tipo de cirugía: oostomía/no oostomía.

3) Correlaciones de Pearson, con el propósito de comprobar cómo se relacionan las variables psicológicas y las dimensiones de calidad de vida y la CV global, considerando los cuatro momentos de evaluación.

El indicador que se ha considerado para el tamaño del efecto es la r^2 , que atendiendo a Cohen, Cohen, West y Aiken (2003) los valores de referencia son: r^2 : 1%-8.9% pequeño; 9%-24,9% mediano; $\geq 25\%$ grande.

Las variables que se han analizado son:

- Ansiedad
- Depresión
- Autoestima
- Espíritu de Lucha
- Desamparo/Desesperanza
- Preocupación ansiosa

- Fatalismo (aceptación estoica)
- Negación/evitación
- Escala Global de Calidad de Vida
- Funcionamiento Físico
- Rol
- Funcionamiento Emocional
- Funcionamiento Cognitivo
- Funcionamiento Social

4) Modelo de regresión múltiple completo, para explicar y predecir cómo la calidad de vida en el cuarto momento es influida por las variables psicológicas y de calidad de vida en el primer momento de evaluación, junto a factores personales y clínico.

El indicador que se ha considerado para el tamaño del efecto es la R^2 , que atendiendo a Cohen, Cohen, West y Aiken (2003) los valores de referencia son: R^2 : 1%-8.9% pequeño; 9%-24,9% mediano; $\geq 25\%$ grande.

Los análisis de datos que se han realizado se han llevado a cabo mediante el programa SPSS 22.0.

5. RESULTADOS

5.1. Evolución de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida en Función del Tipo de Tratamiento Médico

Para analizar la evolución de los diferentes grupos de tratamiento en las variables dependientes – ansiedad, depresión, calidad de vida (CV), funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social, fatiga, náuseas y vómitos, dolor, asfixia, insomnio, pérdida apetito, estreñimiento, diarrea, síntomas urinarios, síntomas gastrointestinales, efecto quimioterapia y pérdida de peso- a lo largo de un año se ha utilizado un diseño mixto de medias repetidas, con un factor intersujetos –tres grupos de tratamiento (no tratamiento, quimioterapia adyuvante, QT/RT adyuvante y/o neoadyuvante)- y un factor intrasujetos –cuatro momentos de medida-.

a) Diferencias entre los grupos en las distintas variables en función del tipo de tratamiento

En primer lugar, se analizan las diferencias entre los tres grupos. A partir del análisis se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medias en doce de las veinte variables –ver tabla 16 y figuras 2, 3 y 4-.

En el síntoma diarrea, que presenta un valor del tamaño del efecto grande, las medias más elevadas se corresponden al grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante y menos elevadas en el grupo de no tratamiento – $F(2,163)=13.725$; $p=.000$; η^2 parcial=.144-, así como las diferencias se producen entre la combinación de los tres tipos de tratamiento –comparaciones múltiples-.

En el grupo de variables con un tamaño de efecto mediano, se encuentra la depresión con puntuaciones medias más bajas en el grupo de no tratamiento y más alta en el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante – $F(2,163)=5.301$; $p=.006$; η^2 parcial=.061), mostrando diferencias entre el grupo de no tratamiento con los otros dos grupos. En la variable CV se observa que los pacientes que no reciben tratamiento muestran medias más elevadas y menores en el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante – $F(2,163)=8.061$; $p=.000$; η^2 parcial=.090-, presentando

diferencias entre el grupo de no tratamiento con los otros dos grupos. La variable rol se comporta igual que CV $-F(2,163)=8.241$; $p=.000$; η^2 parcial=.092-. Respecto al funcionamiento social, las puntuaciones más elevadas se producen en los pacientes que no reciben ningún tratamiento en contraposición con las puntuaciones más bajas en el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante $-F(2,163)=5.751$; $p=.004$; η^2 parcial=.066-, produciéndose diferencias entre el grupo que no recibe tratamiento y los otros dos grupos. En cuanto al efecto de la quimioterapia las puntuaciones más elevadas se encuentran en el grupo de quimioterapia adyuvante y el valor menor en el grupo de no tratamiento $-F(2,163)=8.708$; $p=.000$; η^2 parcial=.097-, mostrando diferencias entre el grupo de no tratamiento con los otros dos grupos.

Respecto a las variables con un tamaño del efecto pequeño, en la ansiedad se muestran medias más bajas en los pacientes que no reciben ningún tipo de tratamiento y más altas en los que reciben tratamiento con quimioterapia $-F(2,163)=3.133$; $p=.046$; η^2 parcial=.037-, produciéndose diferencias entre el grupo de no tratamiento y el grupo con quimioterapia. En el funcionamiento físico presenta medias peores el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante y mejor el grupo de no tratamiento $-F(2,163)=4.729$; $p=.010$; η^2 parcial=.055-, encontrándose diferencias entre el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante y los otros dos. En la fatiga se observa puntuaciones más elevadas en el tratamiento concomitante de quimiorradioterapia y menores en el grupo de no tratamiento $-F(2,163)=3.382$; $p=.036$; η^2 parcial=.040-, produciéndose diferencias entre estos dos grupos. En relación con el estreñimiento, al contrario que el síntoma de la diarrea, se presentan puntuaciones más elevadas en el grupo de pacientes que no recibe ningún tratamiento y menos elevadas en el grupo de tratamiento concomitante de quimiorradioterapia $-F(2,163)=4.116$; $p=.018$; η^2 parcial=.048-, mostrando diferencias entre el grupo no tratamiento con los otros dos. En síntomas urinarios el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante presenta las puntuaciones más elevadas y las menores el grupo con quimioterapia $-F(2,163)=3.095$; $p=.048$; η^2 parcial=.037-. En el síntoma de pérdida de peso es más elevada la media en el grupo de tratamiento con quimiorradioterapia concomitante y menor en el grupo de no tratamiento $-F(2,163)=4.886$; $p=.009$; η^2 parcial=.057-, produciéndose diferencias entre ambos grupos.

Tabla 16

Diferencias entre grupos de las distintas variables en función del tipo de tratamiento

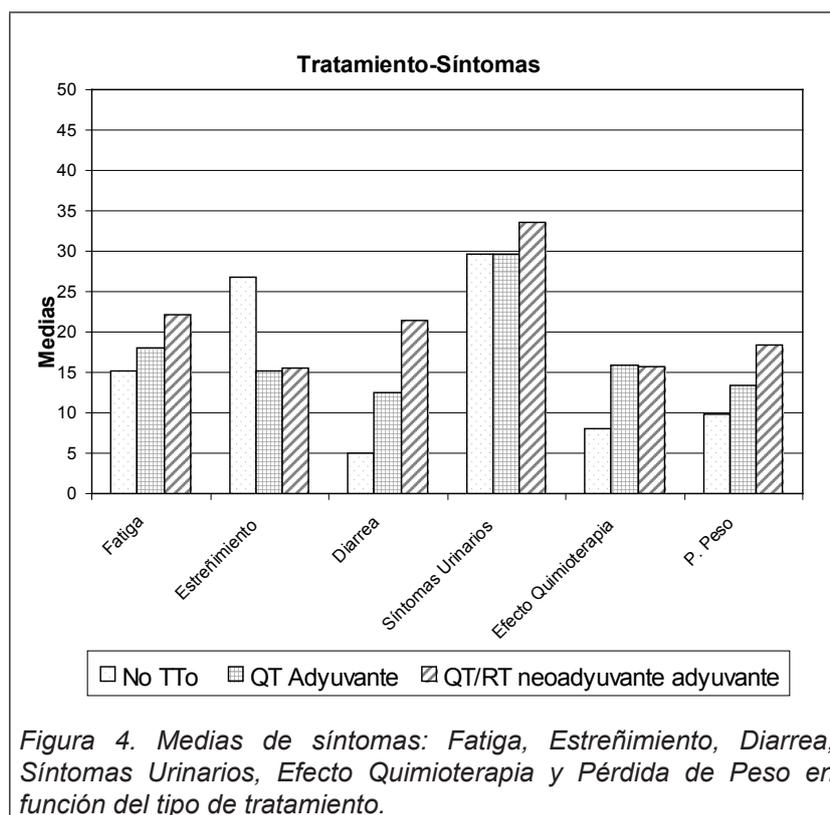
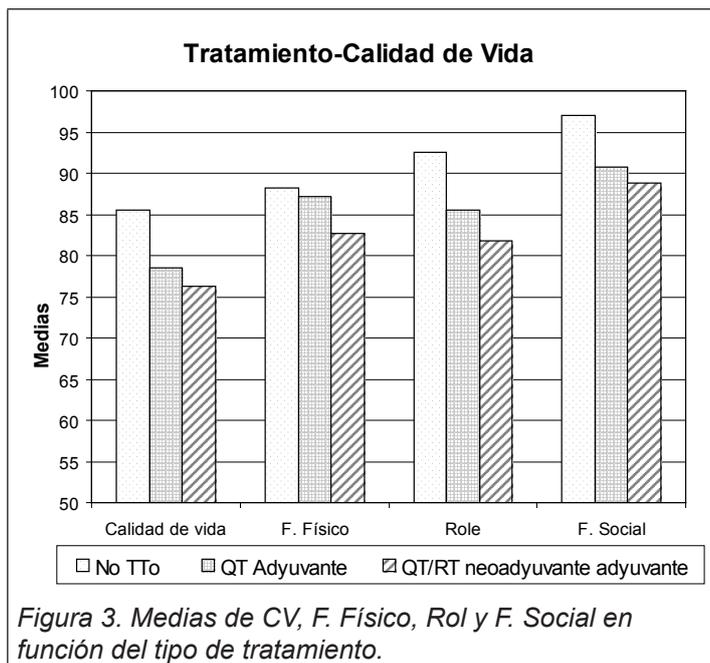
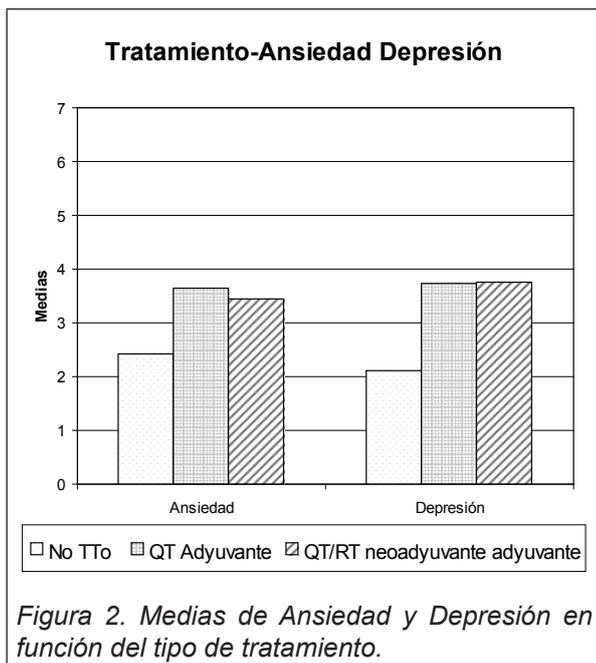
Variables	No TT ^o (n=30)		QT Adyuvante (n=75)		QT/RT neoadyuvante adyuvante (n=61)		F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones Múltiples(*)(**)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT				
Ansiedad	2.43	2.28	3.64	2.28	3.43	2.28	3.133	.046	.037	a
Depresión	2.12	2.46	3.72	2.46	3.75	2.46	5.301	.006	.061	AB
Calidad de vida	85.59	10.57	78.45	10.57	76.21	10.57	8.061	.000	.090	AB
F. Físico	88.28	9.74	87.11	9.74	82.71	9.74	4.729	.010	.055	bc
Rol	92.59	11.94	85.56	11.94	81.79	11.94	8.241	.000	.092	AB
F. Emocional	89.03	12.76	83.38	12.77	84.46	12.76	2.132	.122	.025	
F. Cognitivo	94.72	10.17	92.01	10.18	92.25	10.18	.810	.447	.010	
F. Social	97.03	10.99	90.70	11.00	88.80	11.00	5.751	.004	.066	AB
Fatiga	15.22	12.59	18.04	12.59	22.07	12.59	3.382	.036	.040	b
Nauseas y Vómitos	.95	5.36	3.48	5.35	3.28	5.36	2.569	.080	.031	
Dolor	6.65	10.94	7.88	10.95	11.20	10.94	2.305	.103	.028	
Asfixia	7.70	10.15	5.17	10.16	6.63	10.15	.766	.467	.009	
Insomnio	19.81	20.29	20.54	20.43	17.87	20.29	.297	.744	.004	
Pérdida Apetito	5.50	13.06	11.34	13.06	11.51	13.06	2.523	.083	.030	
Estreñimiento	26.73	19.67	15.19	19.68	15.57	19.67	4.116	.018	.048	ab
Diarrea	4.95	14.68	12.54	14.68	21.39	14.68	13.725	.000	.144	ABC
Síntomas Urinarios	29.70	9.60	29.63	9.60	33.50	9.60	3.095	.048	.037	
S. Gastrointestinales	12.68	8.83	13.13	8.83	15.47	8.83	1.537	.218	.019	
Efecto Quimioterapia	7.98	9.34	15.91	9.34	15.74	9.34	8.708	.000	.097	AB
Pérdida de Peso	9.90	13.11	13.32	13.11	18.43	13.11	4.886	.009	.057	B

Nota. No TT^o= No tratamiento, QT= quimioterapia, QT/RT= quimiorradioterapia

(*) Comparaciones múltiples: Scheffe; Tamhane.

Leyendas A: No TT^o-QT; B: No TT^o-QT/RT; C: QT-QT/RT.

(**) Las leyendas en minúscula significa que el nivel de significación es $p < 0,05$ y en mayúscula $p < 0,01$.



b) Evolución de las distintas variables en los cuatro momentos de evaluación

En segundo lugar, se estudia la evolución que se produce en los cuatro momentos de evaluación en las distintas variables. Se aprecia una evolución estadísticamente significativa en dieciséis de las veinte variables –ver tabla 18-, que a continuación se presentan.

Tabla 17
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
Ansiedad	.952	8.014	5	.155	.966	.998	.333
Depresión	.894	18.198	5	.003	.931	.961	.333
Calidad de vida	.816	32.865	5	.000	.897	.924	.333
F. Físico	.968	5.191	5	.393	.979	1.000	.333
Rol	.711	55.120	5	.000	.844	.869	.333
F. Emocional	.759	44.526	5	.000	.845	.869	.333
F. Cognitivo	.860	24.317	5	.000	.904	.932	.333
F. Social	.719	53.461	5	.000	.818	.841	.333
Fatiga	.814	33.224	5	.000	.895	.923	.333
Nauseas y Vómitos	.321	183.733	5	.000	.585	.598	.333
Dolor	.752	46.039	5	.000	.839	.863	.333
Asfixia	.966	5.634	5	.343	.976	1.000	.333
Insomnio	.936	10.646	5	.059	.961	.993	.333
Pérdida Apetito	.742	48.182	5	.000	.871	.897	.333
Estreñimiento	.875	21.54	5	.001	.919	.948	.333
Diarrea	.844	27.507	5	.000	.897	.925	.333
Síntomas Urinarios	.841	28.073	5	.000	.050	.934	.333
S. Gastrointestinales	.837	28.724	5	.000	.902	.930	.333
Efecto Quimioterapia	.805	35.112	5	.000	.891	.918	.333
Pérdida de Peso	.520	105.735	5	.000	.740	.760	.333

En relación con las variables con un tamaño el efecto grande –ver tabla 18-, en la pérdida de peso se aprecia una reducción importante entre la primera evaluación y las sucesivas – $F(2.280,371.566)=86.19$; $p=.000$; η^2 parcial=.346- apareciendo diferencias entre los momentos I-II, I-III, I-IV, II-IV y III-IV –ver figuras 5, 6, 7 y 8-. El efecto de la quimioterapia incrementa la puntuación desde la primera a la segunda evaluación para reducirse gradualmente hasta la cuarta evaluación – $F(2.755,449.061)=48.21$; $p=.000$; η^2 parcial=.228-, produciéndose diferencias entre los momentos I-II, I-III, II-III, II-IV y III-IV.

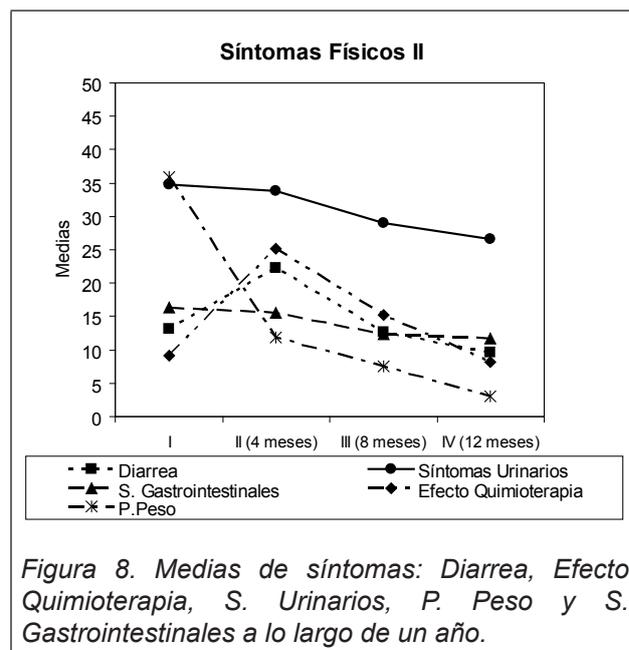
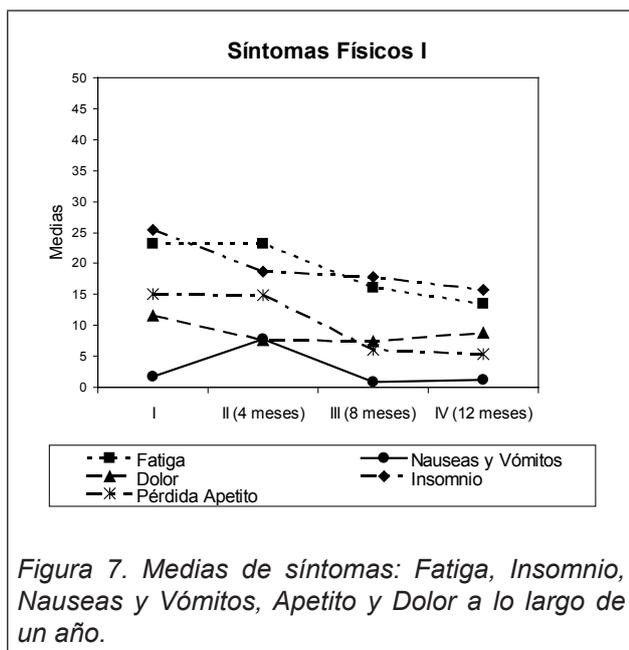
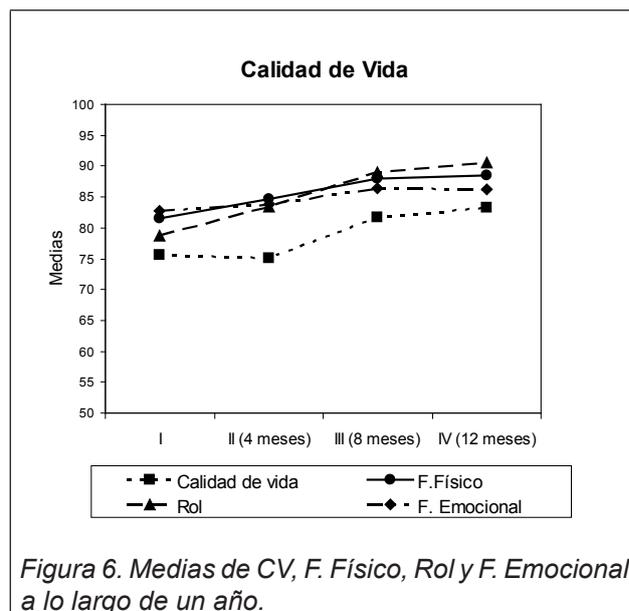
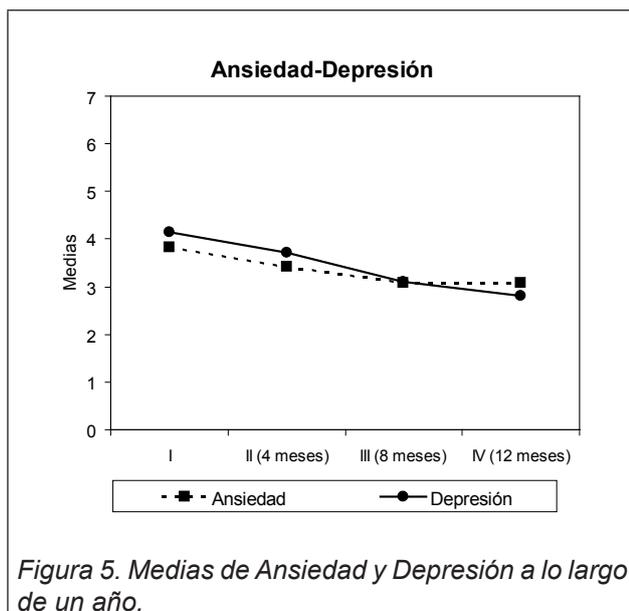
Respecto al grupo de variables con un tamaño de efecto mediano, la CV mejora su puntuación a partir de la tercera evaluación e incrementándose en la cuarta $-F(2.773,452.039)=21.82$; $p=.000$; η^2 parcial=.118-, con diferencias entre los momentos I-III, I-IV, II-III y II-IV. La variable depresión comienza a reducir su valor a partir de la primera evaluación hasta la cuarta $-F(2.883,469.492)=12.56$; $p=.000$; η^2 parcial=.072-, originándose diferencias entre los momentos I-III, I-IV y II-IV. El funcionamiento físico aumenta progresivamente su valor desde la primera hasta la cuarta evaluación $-F(3,489)=16.59$; $p=.000$; η^2 parcial=.092-, apareciendo diferencias entre los momentos I-II, I-III, I-IV y II-IV. El rol evoluciona incrementándose su valor desde el primer hasta el cuarto momento de medida $-F(2.607,424.989)=24.05$; $p=.000$; η^2 parcial=.129-, con diferencias entre los momentos I-II, I-III, I-IV, II-III y II-IV. La fatiga comienza a reducirse a partir del tercer momento de evaluación $-F(2.769,451.398)=20.51$; $p<.000$; η^2 parcial=.112-, produciéndose diferencias entre los momentos I-III, I-IV, II-III y II-IV. En cuanto a los síntomas de nauseas y vómitos su puntuación se incrementa significativamente en la segunda evaluación, para reducirse de forma manifiesta en el tercer y cuarto momento $-F(1.754, 285.855)=14.59$; $p=.000$; η^2 parcial=.082- originándose diferencias entre los momentos I-II, II-III y II-IV. La pérdida de apetito es más elevada en la primera y segunda evaluación para disminuir a partir de la tercera $-F(2.691, 438.681)=16.47$; $p=.000$; η^2 parcial=.092-, produciéndose diferencias entre los momentos I-III, I-IV, II-III y II-IV. El síntoma diarrea se incrementa manifiestamente en la segunda evaluación para disminuir en la tercera y cuarta $-F(2.774, 452.222)=10.500$; $p=.000$; η^2 parcial=.061-, con diferencias entre los momentos I-II, II-III y II-IV. Los síntomas urinarios son más elevados en la primera evaluación y van reduciéndose hasta la cuarta evaluación $-F(2.081,456.546)=21.68$; $p=.000$; η^2 parcial=.117-, con diferencias entre los momentos I-III, I-IV, II-III, II-IV y III-IV. En relación con los síntomas gastrointestinales tiene el mismo patrón que los síntomas urinarios $-F(2.801,456.546)=10.85$; $p=.000$; η^2 parcial=.062-, produciéndose diferencias entre los momentos I-III, I-IV, II-III y II-IV.

En cuanto a las variables que presentan un tamaño del efecto pequeño, la ansiedad comienza a reducir su valor desde la primera evaluación hasta la cuarta evaluación $-F(3,489)=4.93$; $p=.002$; η^2 parcial=.029-, produciéndose diferencias entre los momentos I-III y I-IV. La función emocional aumenta progresivamente desde la primera hasta la cuarta evaluación $-F(2.608, 425.174)=5.51$; $p=.002$; η^2 parcial=.033-, con diferencias entre los momentos I-III y I-IV. El dolor se reduce entre la segunda y la tercera evaluación para luego incrementarse ligeramente en la última $-F(2.590, 422.097)=3.50$; $p=.021$; η^2 parcial=.021-, apareciendo diferencias entre los momentos I-III. Por último, el insomnio disminuye progresivamente desde la primera hasta la cuarta evaluación $-F(2.978, 482.407)=7.68$; $p=.000$; η^2 parcial=.045- produciéndose diferencias entre los momentos I-II, I-III y I-IV.

Tabla 18
Evolución de las distintas variables en los cuatro momentos

Variables	Momentos de medida								Comparaciones por pares (Bonferroni)								
	I		II		III		IV		F	Sig.	η^2 parcia	I-II	I-III	I-IV	II-III	II-IV	III-IV
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT				Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
Ansiedad	3.83	2.97	3.41	2.65	3.07	2.58	3.08	2.75	4.93	.002	.029	.099	.010	.020	1.000	1.000	1.000
Depresión	4.14	3.33	3.72	3.01	3.10	2.97	2.80	2.98	12.56*	.000	.072	.097	.000	.000	.261	.008	.623
Calidad de vida	75.68	14.17	75.07	16.01	81.72	13.29	83.19	13.92	21.82*	.000	.118	1.000	.000	.000	.000	.000	1.000
F. Físico	81.57	12.85	84.66	13.17	88.06	13.07	88.53	12.20	16.59	.000	.092	.020	.000	.000	.135	.002	1.000
Rol	78.75	18.51	83.48	17.83	88.96	14.07	90.59	14.91	24.05*	.000	.129	.025	.000	.000	.002	.000	.795
F. Emocional	82.73	15.96	83.72	14.70	86.49	15.21	86.24	15.42	5.51*	.002	.033	.797	.029	.014	.287	.238	1.000
F. Cognitivo	93.82	12.22	92.23	13.52	92.36	13.50	91.95	13.90	.49*	.677	.003	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
F. Social	89.67	15.76	90.20	14.95	91.72	15.38	93.00	13.01	2.49*	.070	.015	1.000	.926	.198	.995	.222	1.000
Fatiga	23.26	17.78	23.16	18.89	16.04	15.87	13.58	14.88	20.51*	.000	.112	1.000	.000	.000	.000	.000	.171
Nauseas y Vómitos	1.77	6.50	7.87	14.76	0.89	6.07	1.27	5.39	14.59*	.000	.082	.003	.748	1.000	.000	.000	1.000
Dolor	11.62	15.96	7.67	13.29	7.38	14.01	8.85	16.94	3.50*	.021	.021	.056	.034	.934	1.000	1.000	.993
Asfixia	4.57	11.44	7.16	14.12	6.96	14.90	5.96	14.21	.99	.396	.006	.966	.888	1.000	1.000	1.000	1.000
Insomnio	25.42	27.47	18.61	25.36	17.82	25.46	15.81	22.39	7.68	.000	.045	.004	.022	.000	1.000	1.000	.962
Pérdida Apetito	15.12	23.20	14.91	21.05	5.98	16.43	5.37	15.15	16.47*	.000	.092	1.000	.000	.000	.000	.001	1.000
Estreñimiento	17.72	26.68	18.70	26.08	15.92	24.34	17.32	26.20	.30*	.813	.002	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Diarrea	13.13	21.79	22.28	25.53	12.73	21.42	9.54	16.27	3189.37*	.000	.061	.021	1.000	.198	.001	.000	.633
Síntomas Urinarios	34.79	13.98	33.86	13.04	29.02	12.42	26.58	13.25	21.68*	.000	.117	1.000	.000	.000	.001	.000	.031
S. Gastrointestinales	16.27	12.22	15.48	11.95	12.27	10.68	11.63	10.75	10.85*	.000	.062	1.000	.001	.000	.000	.002	1.000
Efecto Quimioterapia	9.09	10.96	25.11	17.75	15.24	15.06	8.22	10.74	48.21*	.000	.228	.000	.004	1.000	.000	.000	.000
Pérdida de Peso	35.82	28.32	11.93	19.62	7.57	19.53	2.99	12.54	86.19*	.000	.346	.000	.000	.000	.080	.000	.020

Nota. *= Prueba Huynh-Felt



c) Evolución de las distintas variables en los cuatro momentos de evaluación en función del tipo de tratamiento.

En último lugar, se expone la interacción entre la evolución temporal en los cuatro momentos de evaluación y los tres grupos según tipo de tratamiento en las distintas variables. Se ha encontrado diferencias de las medias estadísticamente significativas en cinco de las veinte variables en la evolución a lo largo del periodo de evaluación en función de los diferentes tratamientos médicos que recibieron los pacientes.

La evolución –ver tabla 19, ver figura 9- de la variable funcionamiento social – $F(5.047, 411.347)=2.40$; $p=.036$ –, es que los pacientes con no tratamiento y los tratados mediante QT tienden a incrementar su funcionamiento social –más en el caso de los primeros–, mientras que los que son tratados mediante QT/RT manifiestan un comportamiento irregular con un cierta estabilidad entre los cuatro momentos en su valor medio. Así mismo, se ha de indicar que en la primera evaluación el grupo de QT/RT presenta en este momento un valor superior a los que únicamente reciben solo QT, empeorando en este primer grupo a partir de la segunda evaluación. El tamaño del efecto es pequeño - η^2 parcial=.029.

Respecto a la variable sintomática náuseas y vómitos – $F(3.507, 285.855)=3.84$; $p<.006$ – la evolución que se aprecia –ver tabla 19 y figura 10– es que las puntuaciones medias aumentan entre la primera y segunda evaluación en el grupo de tratamiento de QT y QT/RT, manteniéndose prácticamente estables en el grupo de no tratamiento. Así mismo, desde la tercera evaluación hay una reducción de las puntuaciones de náuseas y vómitos de estos dos primeros grupos que permanece en la cuarta evaluación, que acaban equiparándose a las medias del grupo de no TT^o. El tamaño del efecto es pequeño - η^2 parcial=.045–.

En cuanto a la variable pérdida de apetito – $F(5.383, 438.681)=3.38$; $p=.004$ –, se puede apreciar que en la primera evaluación –ver tabla 19 y figura 11–, tras la cirugía, el grupo que presenta mayores puntuaciones son los que no reciben tratamiento, reduciéndose significativamente el valor de este grupo en la segunda evaluación y estabilidad a lo largo de los momentos tercero y cuarto. En cuanto a los grupos de QT y QT/RT incrementan sus puntuaciones entre el primer y el segundo momento, más en el caso del grupo QT/RT, para en la tercera evaluación reducir sus puntuaciones y estabilizarse en el cuarto momento. El tamaño del efecto es pequeño - η^2 parcial=.040–.

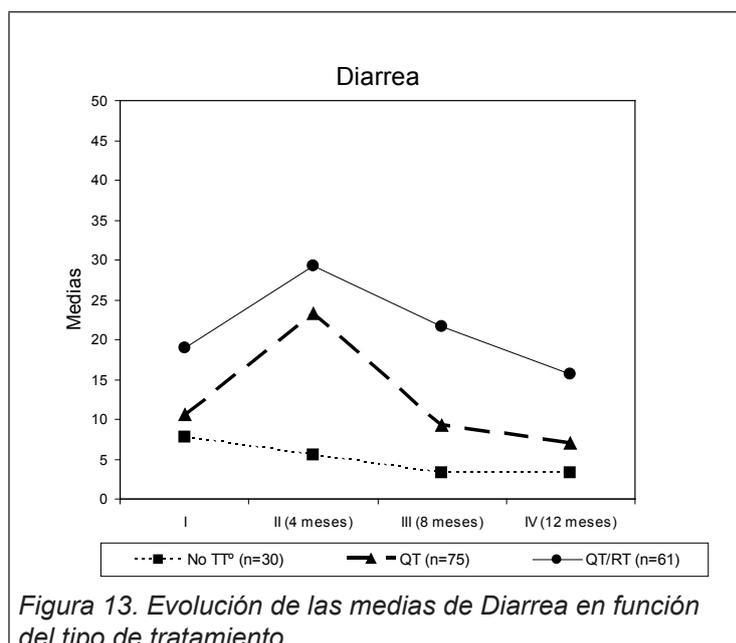
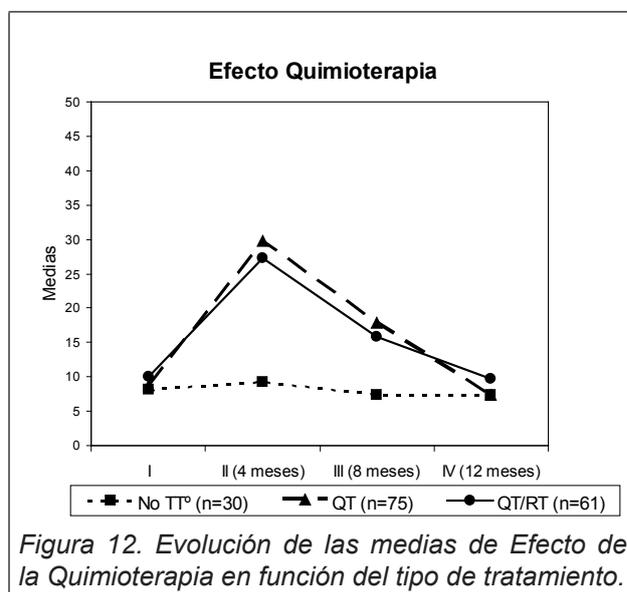
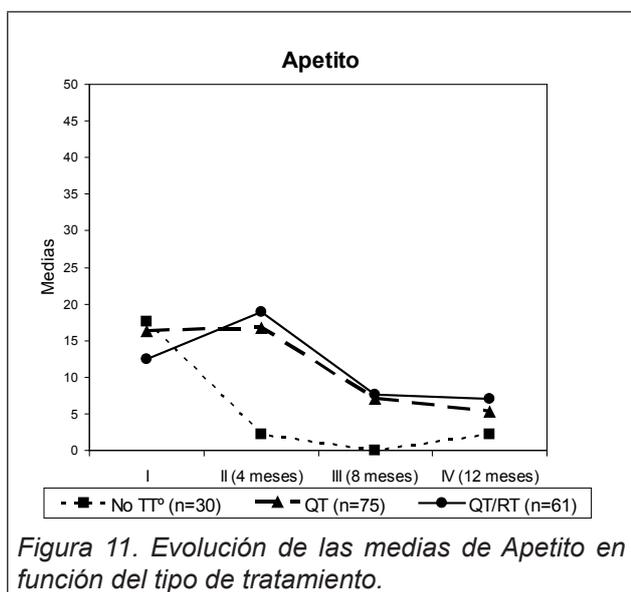
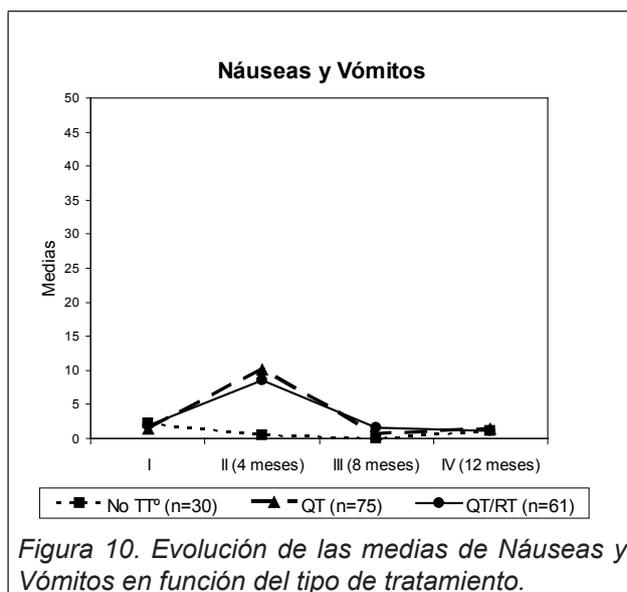
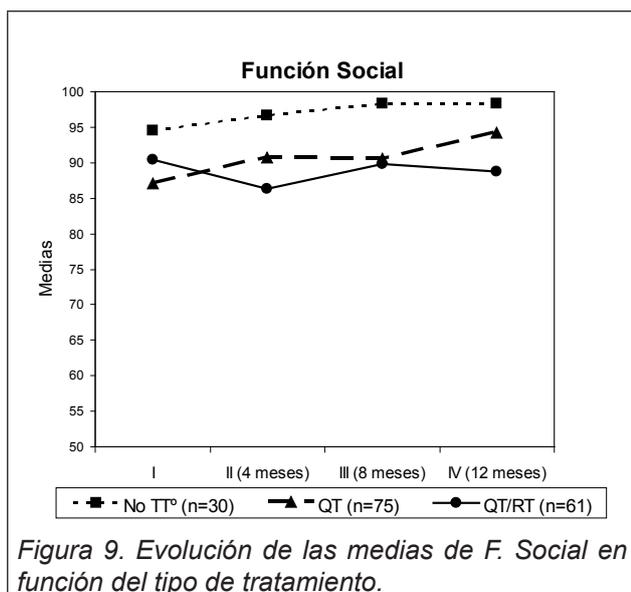
En la variable efecto de la quimioterapia – $F(5.510, 449.061)=8.57$; $p<.000$ –, se observa en la primera evaluación que el grupo con más síntomas es el que recibe tratamiento con QT/RT concomitante mientras que los otros dos grupos presentan medias similares, esto se debe que hay un número de pacientes que han recibido QT/RT neoadyuvante, como se puede apreciar –ver tabla 19 y figura 12–. En la segunda evaluación, se produce un incremento significativo de las puntuaciones en los grupos de tratamiento con QT y QT/RT, para luego comenzar a reducir en la tercera y cuarta evaluación. En el grupo de no tratamiento la puntuación se mantiene semejante el valor medio en los cuatro momentos de medida. El tamaño del efecto es mediano - η^2 parcial=.095–. .

Por último en el síntoma de diarrea $-F(5.549,452.222)= 2.17; p<.050-$, se observa que en el grupo de no tratamiento se reduce su puntuación a partir de la primera evaluación. En los otros dos grupos, el que recibe QT/RT presenta una puntuación media superior en todos los momentos, incrementándose el valor medio en ambos en la segunda evaluación, para reducirse en el tercer y cuarto momento – más en el grupo con QT-. El tamaño del efecto es pequeño - η^2 parcial=.026, como se puede ver en la tabla 19 y la figura 13.

Tabla 19
Evolución de las distintas variables en función del tipo de tratamiento

Variables	Momentos de medida																								F	Sig.	n ² parcial
	I						II						III						IV								
	No TT ^a (n=30)		QT (n=75)		QT/RT (n=61)		No TT ^a (n=30)		QT (n=75)		QT/RT (n=61)		No TT ^a (n=30)		QT (n=75)		QT/RT (n=61)		No TT ^a (n=30)		QT (n=75)		QT/RT (n=61)				
Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT				
Ansiedad	2.8	2.7	4.3	3.2	3.7	2.7	2.0	1.7	3.9	2.6	3.5	2.8	2.4	2.1	3.3	2.5	3.1	2.9	2.4	2.4	3.2	2.8	3.3	2.8			
Depresión	3.2	3.4	4.4	3.4	4.2	3.2	1.7	2.5	4.3	3.1	4.0	2.7	2.0	2.6	3.2	2.9	3.5	3.1	1.5	2.0	2.9	3.1	3.3	3.0	1.37*	.229	.016
CV	81.3	10.1	75.9	14.9	72.6	14.2	82.0	19.4	73.9	13.2	73.1	16.7	89.7	10.2	80.4	13.1	79.4	13.5	89.4	9.9	83.5	13.4	79.4	15.2	0.49*	.804	.006
F. Físico	84.6	9.3	82.9	13.7	78.4	12.7	88.2	9.05	85.9	12.7	81.3	14.8	87.6	17.8	90.4	10.8	85.4	12.5	92.7	6.8	89.1	12.8	85.7	13.0	1.04	.400	.013
Rol	87.6	11.9	79.4	19.1	73.6	18.8	93.0	10.2	83.5	17.4	78.7	19.5	94.6	8.8	89.5	14.4	85.5	14.8	95.1	8.6	89.8	14.5	89.3	17.3	1.25*	.284	.015
F. Emocional	85.0	16.1	81.6	16.3	83.0	15.6	90.5	11.5	81.6	14.5	82.9	15.6	89.1	12.1	85.5	15.5	86.3	16.2	91.5	11.2	84.7	16.2	85.5	15.8	0.92*	.468	.011
F. Cognitivo	92.9	11.9	93.2	13.8	94.9	10.2	95.1	9.7	91.5	13.4	91.7	15.2	96.8	6.5	92.0	13.8	90.6	15.2	94.0	11.8	91.3	13.6	91.7	15.3	1.21*	.302	.015
F. Social	94.6	10.8	87.1	17.9	90.4	14.5	96.7	7.8	90.7	14.3	86.3	17.1	98.4	4.8	90.6	17.2	89.8	15.6	98.4	4.8	94.3	11.6	88.7	15.7	2.40*	.036	.029
Fatiga	20.9	14.8	21.4	17.9	26.7	18.5	16.9	17.5	22.9	18.2	26.6	19.7	12.8	14.2	14.7	13.8	19.3	18.5	10.3	10.8	13.2	14.8	15.7	16.5	0.48*	.813	.006
Nauseas y Vómitos	2.2	8.4	1.5	5.4	1.9	6.7	0.53	2.9	10.2	15.4	8.6	16.4	.0	.0	.65	4.2	1.6	8.8	1.1	4.0	1.5	6.1	1.07	5.0	3.84*	.006	.045
Dolor	8.2	16.6	9.7	14.1	15.6	17.2	6	13.9	6.9	11.5	9.4	14.9	4.8	9.7	6.5	14.6	9.6	14.8	7.6	14.1	8.3	17.1	10.2	18.2	0.47*	.806	.006
Asfixia	7.7	14.2	3.5	10.3	4.3	11.2	5.5	12.5	7.0	13.6	8.1	15.5	7.7	14.2	6.2	15	7.6	15.2	9.9	17.6	3.9	12.1	6.4	14.5	1.11	.356	.013
Insomnio	24.2	25.9	25	29.4	26.5	26.1	14.3	20.6	20.5	26.1	18.4	26.7	23.1	23.3	19.2	26.9	13.5	24.4	17.6	20.7	17.4	24.0	13.0	21.2	1.57	.153	.019
Pérdida Apetito	17.6	24.1	16.3	25.2	12.4	20.1	2.2	8.4	16.7	21.3	18.9	22.9	.0	.0	7	15.6	7.6	20.5	2.2	8.3	5.3	14.4	7.05	18.3	3.38*	.004	.040
Estreñimiento	23.1	31.5	18.9	26.2	13.6	24.5	26.5	33.0	14.1	21.1	18.7	26.1	29.8	33	12.3	20.1	13.5	22.0	27.6	31.5	15.4	25.1	14.6	24.0	1.83*	.095	.022
Diarrea	7.7	18.7	10.6	18.9	18.9	25.2	5.5	15.2	23.3	23.5	29.2	28.4	3.3	10.1	9.2	16.8	21.7	26.9	3.3	10.1	7.0	14.6	15.7	18.7	2.17*	.050	.026
S. Urinarios	33.7	15.8	32.9	11.9	37.7	15.1	32.3	11.5	31.4	12.4	37.7	13.8	28.2	11.1	28.2	12.6	30.5	12.9	24.6	12.1	26.1	13.3	28.1	13.7	0.72*	.622	.009
S.Gastrointestinal	14.6	13.2	14.7	11.4	19.0	12.4	14.4	10.9	14.6	11.6	17.2	12.9	9.7	8.9	12.1	9.8	13.8	12.4	12.0	9.5	11.2	10.7	12.0	11.5	0.95*	.455	.012
E. Quimioterapia	8.1	10.0	8.7	11.3	10.1	11.0	9.2	11.9	29.8	16.9	27.2	16.9	7.3	9.7	17.9	15.0	15.9	16.1	7.3	8.3	7.3	10.7	9.7	11.7	8.57*	.000	.095
Pérdida de Peso	28.6	22.5	35.7	28.6	39.6	30.1	8.8	14.8	11.9	17.7	13.5	23.6	1.1	6.0	5.7	15.7	13.0	25.9	1.1	6.0	.0	.0	7.6	19.5	0.77*	.561	.009

Nota. *= Prueba Huynh-Felt



5.2. Evolución de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida en Función del Sexo, Edad y Tipo de Cirugía

Para analizar la evolución de los diferentes grupos de tratamiento en las variables psicológicas – ansiedad, depresión y afrontamiento- y en la calidad de vida – CV, funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo, funcionamiento social - a lo largo de un año se ha utilizado un diseño mixto de medias repetidas, con tres factores intersujetos –sexo, edad y tipo de cirugía- y un factor intrasujetos –cuatro momentos de medida-. En este apartado se ha optado por comentar todos los resultados –factores principales e interacciones-, independientemente de que resulten estadísticamente significativos o no, dado que puede apuntar tendencias que en otros estudios se pueden corroborar.

Ansiedad

a) Diferencias en la ansiedad entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 20 y figura 14- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias de la ansiedad no son elevadas, con una variabilidad alta en ambos grupos. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una ansiedad más alta que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F=8.229$; $p=.005$; η^2 parcial=.050).

Respecto al sexo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una mayor ansiedad que los hombres. Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=22.109$; $p=.000$; η^2 parcial=.123).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la ansiedad no es excesiva, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor ansiedad que aquellos pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=8.636$; $p=.004$; η^2 parcial=.052).

Si consideramos la interacción entre los tres factores principales, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una ansiedad mayor que en el caso de los mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran una mayor ansiedad que los hombres.

Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.970$; $p=.326$; η^2 parcial=.006).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años muestran medias menores en ansiedad que el grupo más joven, independientemente de presentar o no ostomía. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan mayor ansiedad que los pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.553$; $p=.458$; η^2 parcial=.003).

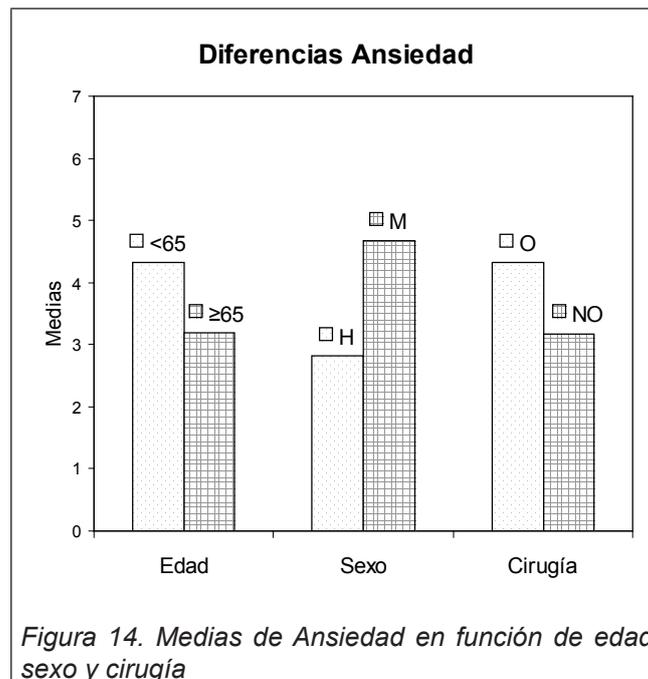
Tabla 20
Diferencias en ansiedad entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

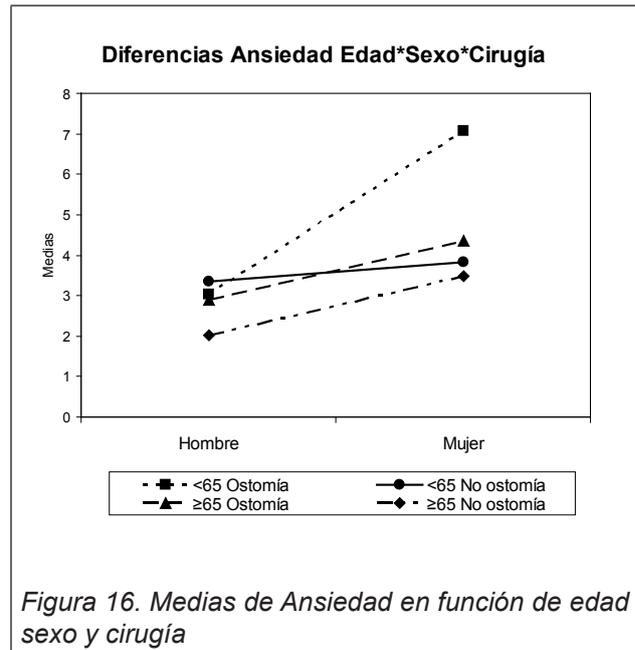
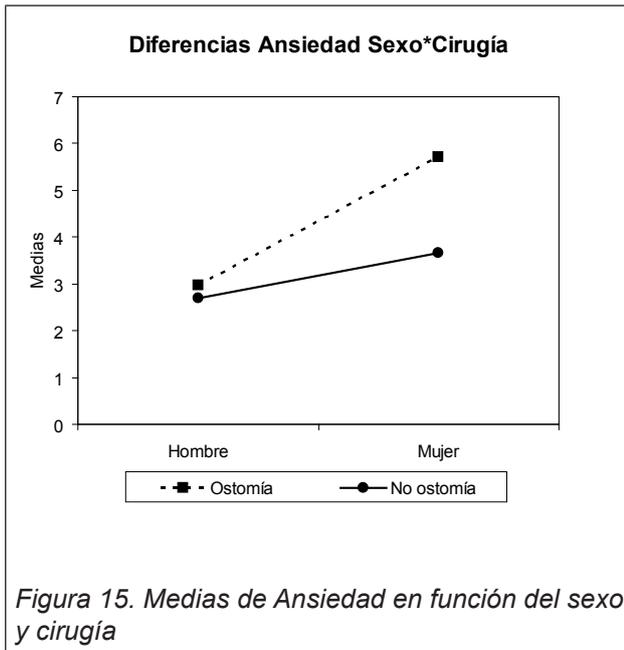
<i>Ansiedad</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	4.32	2.36	8.229	.005	.050
≥65 (n=85)	3.19	2.72			
Sexo					
hombre (n=94)	2.83	2.25	22.109	.000	.123
mujer (n=72)	4.68	2.71			
Cirugía					
ostomía (n=43)	4.33	2.28	8.636	.004	.052
no ostomía (n=123)	3.17	2.08			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	3.20	2.27	.970	.326	.006
<65-M (n=37)	5.44	2.41			
≥65-H (n=50)	2.45	2.22			
≥65-M (n=35)	3.92	2.96			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	5.05	2.11	.553	.458	.003
<65-NO (n=59)	3.59	2.08			
≥65-O (n=21)	3.62	2.43			
≥65-NO (n=64)	2.75	2.08			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	2.97	2.08	4.975	.027	.031
H-NO (n=65)	2.69	2.07			
M-O (n=14)	5.70	2.16			
M-NO (n=58)	3.66	2.08			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	3.04	2.07	5.075	.026	.031
<65-H-NO (n=31)	3.36	2.07			
<65-M-O (n=9)	7.06	2.08			
<65-M-NO (n=28)	3.83	2.08			
≥65-H-O (n=16)	2.89	2.07			
≥65-H-NO (n=34)	2.02	2.07			
≥65-M-O (n=5)	4.35	2.07			
≥65-M-NO (n=30)	3.49	2.08			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor ansiedad que los hombres, sin presentar en los cuatro grupos una excesiva ansiedad. En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=4.975$; $p=.027$; η^2 parcial=.031). Esto se debe a que los hombres con ostomía refieren una ansiedad ligeramente superior que sin ostomía, mientras que en el caso de las mujeres las que presentan ostomía, manifiestan una ansiedad mucho mayor que sin ostomía y con un valor bastante elevado, como se puede apreciar en la figura 15.

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesiva ansiedad, salvo el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años presentan una mayor ansiedad, sobre todo en el caso de las mujeres ostomizadas, así como en los hombres se observa que los no ostomizados son ligeramente más ansiosos. En el grupo de mayores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres ostomizados, la ansiedad es mayor que en los no ostomizados, así como las mujeres presentan una mayor ansiedad que los hombres como se puede observar en la figura 16. La interacción es estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto pequeño, por lo comentado anteriormente ($F(1,158)=5.075$; $p=.026$; η^2 parcial=.031).





b) Evolución de la ansiedad en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de ansiedad en los cuatro momentos no es muy alto, pues su media se encuentra por debajo del punto de corte 7, con una variabilidad alta.

El patrón de la ansiedad descrito, a lo largo del año de evaluación, es una reducción de la misma, sobre todo entre los momentos primero y tercero, para estabilizarse a partir de este tercer momento.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos de evaluación, con un tamaño del efecto pequeño – $F(3,474)=7.50$; $p=.000$; η^2 parcial=.045-. La explicación de las mismas es por las distancias significativas entre el primer momento de evaluación con el tercero y el cuarto –ver tabla 22 y figura 17-.

Tabla 21
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Ansiedad	.938	10.007	5	.075	.958	1.000	.333

Tabla 22
Evolución de la ansiedad en los cuatro momentos (n=166)

Ansiedad	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	3.83	2.97	7.50	.000	.045	I-II	.055
						I-III	.000
						I-IV	.014
Evaluación 2	3.41	2.65				II-III	.251
Evaluación 3	3.07	2.58				II-IV	1.000
Evaluación 4	3.08	2.75				III-IV	1.000

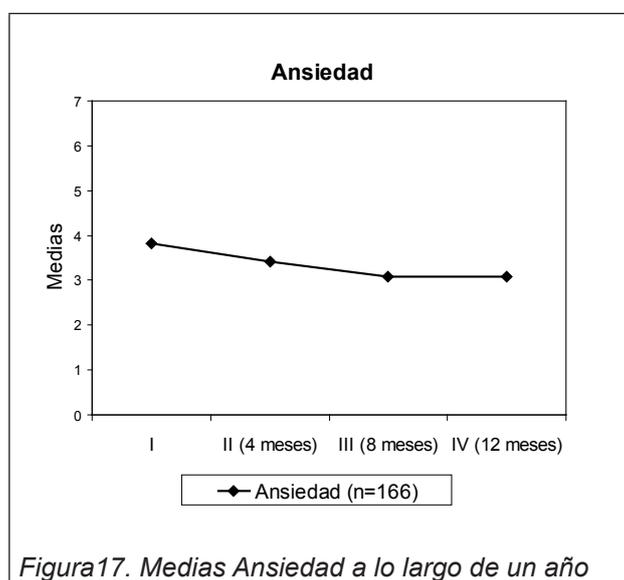


Figura 17. Medias Ansiedad a lo largo de un año

c) Evolución de la ansiedad en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la ansiedad en función de los diferentes grupos se puede apreciar –ver tabla 23-. En primer lugar, la evolución de la ansiedad en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce una disminución de la misma en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el cuarto momento se produce un ligero aumento. Los valores medios más elevados de ansiedad se producen en el grupo de menores de 65 años, si bien no es excesivamente alta. La diferencia entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.54$; $p=.203$; η^2 parcial=.010).

En relación con el sexo, se puede indicar que la ansiedad se reduce en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en las mujeres se produce un ligero incremento en el cuarto momento. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren menor ansiedad que las mujeres como se puede observar –ver figura 18-. En este caso se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto del sexo sobre la ansiedad, con un tamaño del efecto pequeño ($F(3,474)=4.28$; $p=.005$; η^2 parcial=.026).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la ansiedad en ambos grupos hasta el tercer momento, pues en los pacientes ostomizados en el cuarto momento se produce un incremento de la misma. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran una menor ansiedad en los cuatro momentos de evaluación, así como una reducción de la misma a lo largo del periodo estudiado, no encontrando diferencias de las medias estadísticamente significativas $F(3,474)=1.54$; $p=.203$; η^2 parcial=.010).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que la ansiedad disminuye en los cuatro momentos. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres de menos de 65 años se incrementa en el cuarto momento, así como en el grupo de hombres menores de 65 años se mantiene estable a partir del segundo momento. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años la ansiedad disminuye en los cuatro momentos y en ambos sexos. Además, en los hombres del grupo de mayor edad la ansiedad es menor, lo que ocurre igual en el caso de las mujeres. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.32$; $p=.266$; η^2 parcial=.008).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la ansiedad disminuye en los tres primeros momentos en los cuatro grupos. En los pacientes menores de 65 años se incrementa la ansiedad en el cuarto momento, sobre todo en los pacientes ostomizados. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, la ansiedad se reduce, sobre todo en el grupo de pacientes no ostomizados. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.31$; $p=.821$; η^2 parcial=.002).

La interacción del sexo y la cirugía se percibe que entre el primer y el segundo momento disminuye la ansiedad, así como es menor la ansiedad en los cuatro momentos en el grupo de hombres. En los hombres, tanto ostomizados como no, se estabiliza a partir de este momento, con un menor valor en los no ostomizados. En las mujeres no ostomizadas disminuye la ansiedad en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostomizadas –que presentan mayor valor- se produce un fuerte incremento de la ansiedad en el cuarto momento ($F(3,474)=1.07$; $p=.361$; η^2 parcial=.007).

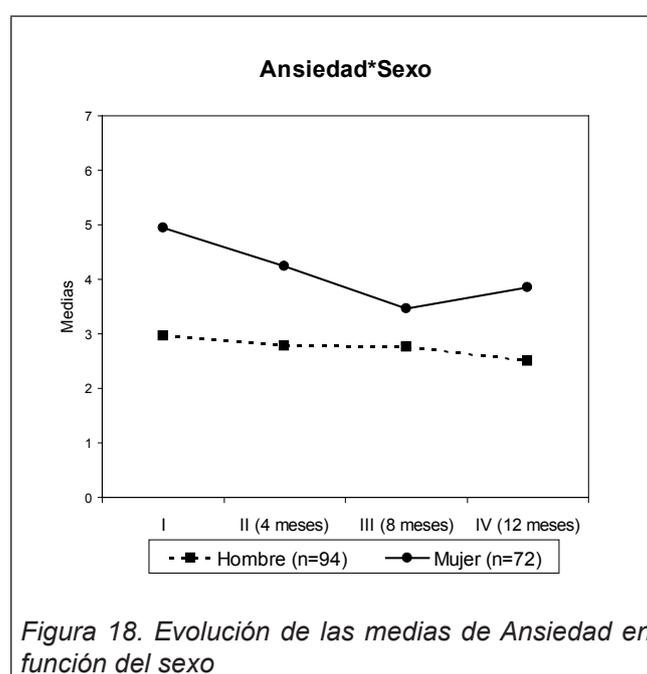
Tabla 23

Evolución de la ansiedad en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Ansiedad*Edad											
<65 (n=81)	4.35	3.03	3.83	2.78	3.51	2.68	3.84	3.23	1.54	.203	.010
≥65 (n=85)	3.33	2.83	3.01	2.47	2.65	2.41	2.36	1.95			
Ansiedad*Sexo											
hombre (n=94)	2.97	2.18	2.77	2.29	2.76	2.63	2.50	2.40	4.28	.005	.026
mujer (n=72)	4.94	3.46	4.25	2.86	3.47	2.46	3.85	2.99			
Ansiedad*Cirugía											
O (n=43)	4.63	3.11	3.77	2.88	3.53	2.48	3.98	3.09	1.54	.203	.010
NO (n=123)	3.54	2.87	3.28	2.56	2.90	2.60	2.77	2.55			
Ansiedad*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	3.50	2.22	3.09	2.40	3.36	2.68	3.09	2.86	1.32	.266	.008
<65-M (n=37)	5.35	3.55	4.70	2.98	3.68	2.70	4.73	3.46			
≥65-H (n=50)	2.50	2.06	2.48	2.17	2.22	2.49	1.98	1.79			
≥65-M (n=35)	4.51	3.36	3.77	2.69	3.26	2.20	2.91	2.06			
Ansiedad*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	5.27	3.69	4.27	3.42	4.18	2.68	5.00	3.40	.31	.821	.002
<65-NO (n=59)	4.00	2.70	3.66	2.51	3.25	2.66	3.41	3.08			
≥65-O (n=21)	3.95	2.26	3.24	2.14	2.86	2.10	2.90	2.36			
≥65-NO (n=64)	3.12	2.98	2.94	2.58	2.58	2.52	2.19	1.78			
Ansiedad*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	3.41	1.78	2.66	1.95	3.00	2.46	2.76	2.23	1.07	.361	.007
H-NO (n=65)	2.77	2.33	2.82	2.44	2.65	2.71	2.38	2.48			
M-O (n=14)	7.14	3.80	6.07	3.19	4.64	2.20	6.50	3.18			
M-NO (n=58)	4.41	3.19	3.81	2.61	3.19	2.46	3.21	2.58			
Ansiedad*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	3.38	1.80	2.46	1.89	3.38	2.87	2.92	2.29	.34	.793	.002
<65-H-NO (n=31)	3.55	2.40	3.35	2.56	3.35	2.65	3.16	3.09			
<65-M-O (n=9)	8.00	4.09	6.89	3.51	5.33	2.00	8.00	2.34			
<65-M-NO (n=28)	4.50	2.96	4.00	2.46	3.14	2.71	3.68	3.10			
≥65-H-O (n=16)	3.44	1.82	2.81	2.04	2.69	2.12	2.62	2.24			
≥65-H-NO (n=34)	2.06	2.04	2.32	2.25	2.00	2.65	1.68	1.47			
≥65-M-O (n=5)	5.60	2.96	4.60	2.07	3.40	2.19	3.80	2.77			
≥65-M-NO (n=30)	4.33	3.43	3.63	2.78	3.23	2.23	2.77	1.94			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 23- el comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía, principalmente. De esta forma en el grupo de hombres se produce una disminución de la ansiedad a lo largo del periodo con mayor incidencia en los pacientes no ostomizados, cuya ansiedad es menor que los ostomizados, y menor en función de mayor edad. En cuanto a las mujeres, a excepción del grupo de edad igual o mayor de 65 años en que disminuye la ansiedad, en los otros tres grupos se incrementa entre el tercer y cuarto momento, con mayor incidencia en el grupo de mujeres ostomizadas. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.34$; $p=.793$; η^2 parcial=.002).



Depresión

a) *Diferencias en la depresión entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 24- que en función de la edad en ambos grupos la depresión no es excesiva, con una variabilidad alta en ambos grupos. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una depresión más alta que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años. Sin embargo, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=2.802$; $p=.096$; η^2 parcial=.017).

Referente al sexo, ambos grupos no presentan excesiva depresión. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una mayor depresión que los hombres como se puede apreciar –ver figura 19-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=8.421$; $p=.004$; η^2 parcial=.051).

Respecto a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la depresión no es elevada, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor depresión que aquellos pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=6.432$; $p=.012$; η^2 parcial=.039).

Si consideramos la interacción entre depresión y los tres factores: edad, sexo y tipo de cirugía, en primer lugar se puede apuntar que en la interacción entre edad y sexo en todos los casos la depresión no es excesiva, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una depresión mayor que en el caso del grupo de mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran una mayor depresión que los hombres, siendo las mujeres menores de 65 años las que presentan mayor puntuación en depresión. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.211$; $p=.647$; η^2 parcial=.001).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede observar que la depresión no es elevada en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años muestran puntuaciones medias menores que el grupo menor de 65 años. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan mayor depresión que los pacientes sin ostomía, siendo los pacientes ostomizados menores de 65 años los que presentan mayor puntuación en depresión. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.749$; $p=.388$; η^2 parcial=.005).

Tabla 24
Diferencias en depresión entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

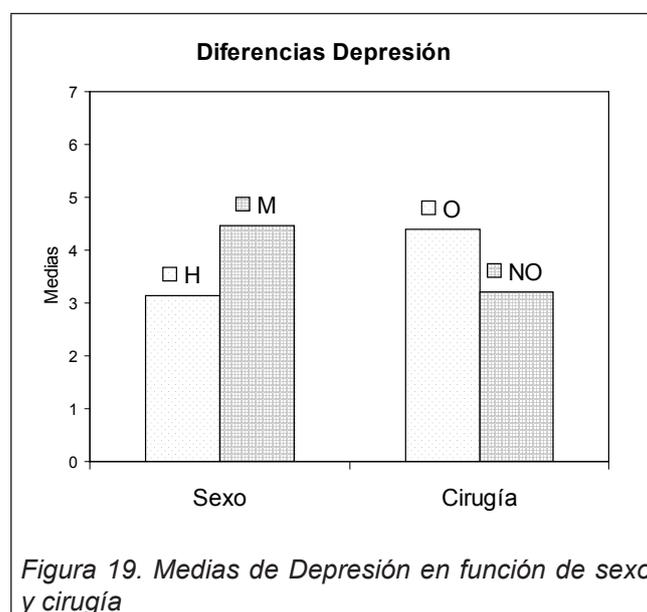
Depresión	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	4.19	2.75	2.802	.096	.017
≥65 (n=85)	3.42	3.17			
Sexo					
hombre (n=94)	3.14	2.63	8.421	.004	.051
mujer (n=72)	4.47	3.16			
Cirugía					
ostomía (n=43)	4.39	2.65	6.432	.012	.039
no ostomía (n=123)	3.22	2.42			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	3.41	2.65	.211	.647	.001
<65-M (n=37)	4.96	2.82			
≥65-H (n=50)	2.86	2.59			
≥65-M (n=35)	3.98	3.45			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	4.97	2.45	.749	.388	.005
<65-NO (n=59)	3.41	2.42			
≥65-O (n=21)	3.8	2.83			
≥65-NO (n=64)	3.03	2.41			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	3.54	2.43	.574	.450	.004
H-NO (n=65)	2.73	2.43			
M-O (n=14)	5.23	2.52			
M-NO (n=58)	3.71	2.42			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	3.64	2.42	2.841	.094	.018
<65-H-NO (n=31)	3.19	2.41			
<65-M-O (n=9)	6.31	2.42			
<65-M-NO (n=28)	3.62	2.42			
≥65-H-O (n=16)	3.45	2.41			
≥65-H-NO (n=34)	2.26	2.42			
≥65-M-O (n=5)	4.15	2.42			
≥65-M-NO (n=30)	3.81	2.42			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor depresión que los hombres. Además, en ambos casos los que presentan ostomía manifiestan una depresión mayor que sin ostomía. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.574$; $p=.450$; η^2 parcial=.004).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesiva depresión. El grupo de mujeres y con ostomía son las que presentan puntuaciones más elevadas en depresión y sobre todo las menores de 65 años manifiestan una mayor puntuación en depresión. Por el contrario los hombres sin ostomía e igual o mayores de 65 años son los que presentan una menor pun-

tuación en depresión. Sin embargo, la interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=2.841$; $p=.094$; η^2 parcial=.018).



b) Evolución de la depresión en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de depresión en los cuatro momentos no es muy alto, pues su media se encuentra por debajo del punto de corte 7, con una variabilidad alta.

El patrón de la depresión descrito, a lo largo del año de evaluación, es una reducción de la misma de forma continuada, sobre todo entre los momentos primero y tercero, y continuar descendiendo ligeramente hasta el cuarto momento de evaluación.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mediano ($F(2.953,466.613)=10.17$; $p=.000$; η^2 parcial=.060). La explicación de las mismas es por las distancias entre el primer momento de evaluación con el tercero y el cuarto; y del segundo momento con el cuarto –ver tabla 26 y figura 20.

Tabla 25
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Depresión	.884	19.286	5	.002	.925	.984	.333

Tabla 26
Evolución de la depresión en los cuatro momentos (n=166)

Depresión	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	4.14	3.33	10.17	.000	.060	I-II	.392
Evaluación 2	3.72	3.01				I-III	.000
						I-IV	.000
Evaluación 3	3.10	2.97				II-III	.062
Evaluación 4	2.80	2.98	II-IV	.019			
						III-IV	1.000

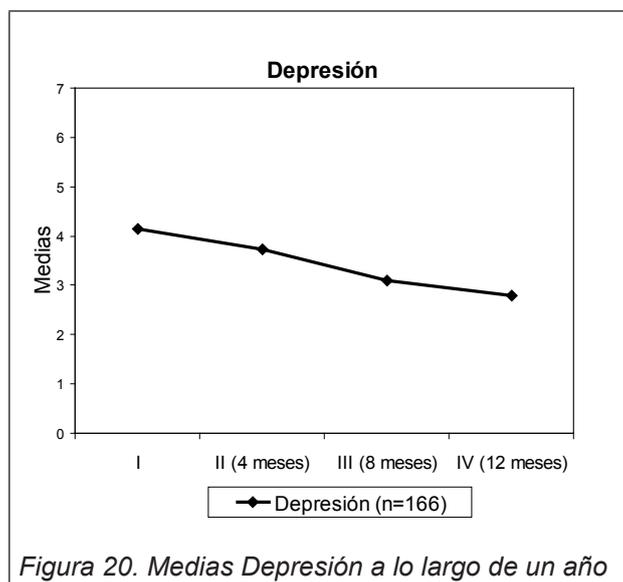


Figura 20. Medias Depresión a lo largo de un año

c) Evolución de la depresión en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la depresión en función de los diferentes grupos se puede apreciar en la tabla 27. En primer lugar, la evolución de la depresión en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado disminuye la misma en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el cuarto momento se produce un ligero aumento. Los valores medios más altos de depresión se dan en el grupo de menores de 65 años. Pero sobre todo se produce un descenso más pronunciado en los valores medios de la depresión en el grupo de mayores o iguales de 65 años en el tercer y cuarto momento de evaluación. Se ha encontrado esta diferencia estadísticamente significativa en el efecto de la edad sobre la depresión –ver figura 21-, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.953,466.613)=4.89$; $p=.002$; η^2 parcial=.030).

Respecto con el sexo, se puede indicar que la depresión se reduce progresivamente en ambos grupos a lo largo del año. Asimismo, se ha de indicar que los hombres plantean me-

nor depresión que las mujeres en los cuatro momentos evaluados. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(2.953,466.613)=1.66$; $p=.175$; η^2 parcial=.010).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la depresión en ambos grupos hasta el tercer momento, pues en los pacientes ostomizados en el cuarto momento se produce un incremento de la misma. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran una menor depresión en los cuatro momentos de evaluación, así como una reducción de la misma a lo largo del periodo estudiado. No se ha hallado diferencias estadísticamente significativas ($F=.963$; $p=.409$; η^2 parcial=.006).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que la depresión disminuye a lo largo del año, habiendo una menor depresión en el momento cuarto de evaluación. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres igual o mayores de 65 años se incrementa la depresión en el segundo momento para a continuación ir disminuyendo. En el grupo de hombres menores de 65 años se mantiene estable a partir del segundo momento, con un leve incremento en el cuarto momento. Las mujeres menores de 65 años son las que presentan puntuaciones más elevadas en depresión que el resto de grupos en los cuatro momentos de evaluación. En cuanto al grupo de hombres de edad de igual o mayor de 65 años la depresión disminuye en los cuatro momentos. Además, en los hombres del grupo de mayor edad la depresión es menor, lo que ocurre igual en el caso de las mujeres. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.953,466.613)=1.78$; $p=.151$; η^2 parcial=.011).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la depresión disminuye en los tres primeros momentos, a excepción de los pacientes menores de 65 años y ostomizados que se incrementa la depresión a partir del tercer momento. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años y no ostomizados, la depresión aumenta ligeramente en la segunda evaluación, para después reducirse. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.953,466.613)=2.33$; $p=.075$; η^2 parcial=.015).

La interacción del sexo y la cirugía no es estadísticamente significativa ($F(2.953,466.613)=.24$; $p=.864$; η^2 parcial=.002), aunque se observa que entre el primer y el segundo momento disminuye la depresión, así como es menor la depresión en los cuatro momentos en el grupo de hombres. En los hombres, tanto ostomizados como no, se estabiliza a partir de este momento, con un menor valor en los no ostomizados. En las mujeres no ostomizadas disminuye la depresión en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostomizadas –que presentan mayor valor- se produce un fuerte incremento de la depresión en el cuarto momento.

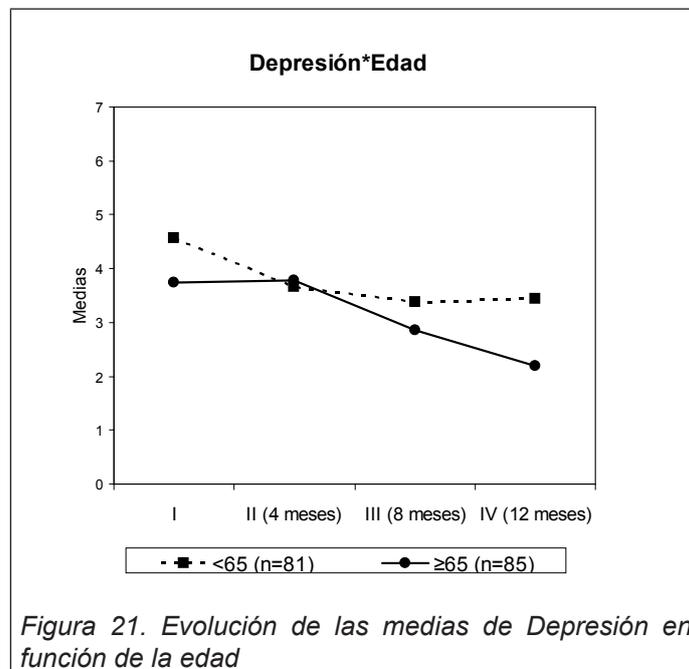
Tabla 27

Evolución de la depresión en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Depresión*Edad											
<65 (n=81)	4.56	3.40	3.67	2.82	3.37	3.11	3.43	3.27	4.89	.002	.030
≥65 (n=85)	3.74	3.23	3.78	3.19	2.85	2.83	2.20	2.55			
Depresión*Sexo											
hombre (n=94)	3.54	2.92	3.11	2.65	2.85	3.00	2.34	2.71	1.66	.175	.010
mujer (n=72)	4.94	3.68	4.53	3.26	3.43	2.92	3.40	3.22			
Depresión*Cirugía											
O (n=43)	4.98	2.79	4.05	2.70	3.77	3.03	3.95	3.18	.963	.409	.006
NO (n=123)	3.85	3.46	3.61	3.11	2.87	2.92	2.40	2.81			
Depresión*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	3.70	2.96	3.23	2.54	3.14	3.25	3.23	2.99	1.78	.151	.011
<65-M (n=37)	5.57	3.64	4.19	3.09	3.65	2.95	3.68	3.59			
≥65-H (n=50)	3.40	2.90	3.00	2.77	2.60	2.77	1.56	2.17			
≥65-M (n=35)	4.23	3.64	4.89	3.45	3.20	2.91	3.11	2.80			
Depresión*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	5.27	3.36	4.00	2.54	4.36	3.67	5.27	3.53	2.33	.075	.015
<65-NO (n=59)	4.29	3.39	3.54	2.93	3.00	2.82	2.75	2.91			
≥65-O (n=21)	4.67	2.08	4.10	2.93	3.14	2.10	2.57	2.06			
≥65-NO (n=64)	3.44	3.49	3.67	3.29	2.75	3.03	2.08	2.70			
Depresión*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	4.10	2.41	3.38	2.84	3.38	3.38	3.28	2.85	.24	.864	.002
H-NO (n=65)	3.29	3.10	2.98	2.58	2.62	2.81	1.92	2.55			
M-O (n=14)	6.79	2.75	5.43	1.78	4.57	2.02	5.36	3.47			
M-NO (n=58)	4.47	3.75	4.31	3.51	3.16	3.05	2.93	3.00			
Depresión*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	3.54	2.63	3.08	2.75	3.77	4.43	4.15	3.38	1.17	.319	.007
<65-H-NO (n=31)	3.77	3.12	3.29	2.49	2.87	2.65	2.84	2.78			
<65-M-O (n=9)	7.78	2.72	5.33	1.50	5.22	2.10	6.89	3.25			
<65-M-NO (n=28)	4.86	3.64	3.82	3.38	3.14	3.03	2.64	3.09			
≥65-H-O (n=16)	4.56	2.19	3.62	2.98	3.06	2.32	2.56	2.19			
≥65-H-NO (n=34)	2.85	3.06	2.71	2.66	2.38	2.96	1.09	2.03			
≥65-M-O (n=5)	5.00	1.87	5.60	2.40	3.40	1.34	2.60	1.81			
≥65-M-NO (n=30)	4.10	3.87	4.77	3.61	3.17	3.11	3.20	2.95			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 27- el comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía, principalmente. De esta forma en el grupo de hombres mayores o igual a 65 años se produce una disminución de la depresión a lo largo del periodo con mayor incidencia en los pacientes no ostomizados, cuya depresión es menor que los ostomizados, y menor en función de mayor edad. En cuanto a las mujeres menores de 65 años no ostomizadas la depresión disminuye a lo largo del año, al contrario de las jóvenes ostomizadas que en el cuarto momento de evaluación incrementan la depresión. Las mujeres igual o mayores de 65 años, tanto ostomizadas como no, incrementan la depresión en la segunda evaluación para reducirla progresivamente en el tercer y cuarto momento de evaluación. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.953,466.613)=1.17$; $p=.319$; η^2 parcial=.007).



Autoestima

a) Diferencias en la autoestima entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 28- que en función de la edad en ambos grupos la autoestima es elevada. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una autoestima más baja que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, como se puede apreciar –ver figura 22-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=5.493$; $p=.020$; η^2 parcial=.034).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan elevada autoestima, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una menor autoestima que los hombres. Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, presentando un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=19.783$; $p=.000$; η^2 parcial=.111).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la autoestima es elevada, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor autoestima que aquellos pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=13.582$; $p=.000$; η^2 parcial=.079).

Si consideramos la interacción entre los tres factores, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos la autoestima es elevada, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una autoestima menor que en el caso de los mayores de 65 años. Asimismo, las mujeres en ambos grupos de edad muestran una menor autoestima que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.000$; $p=.985$; η^2 parcial=.000).

En la interacción edad con la cirugía se puede apreciar que la autoestima es elevada en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años muestran medias mayores que el grupo menor de 65 años. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan menor autoestima que los pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.968$; $p=.327$; η^2 parcial=.006).

Tabla 28
Diferencias en autoestima entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

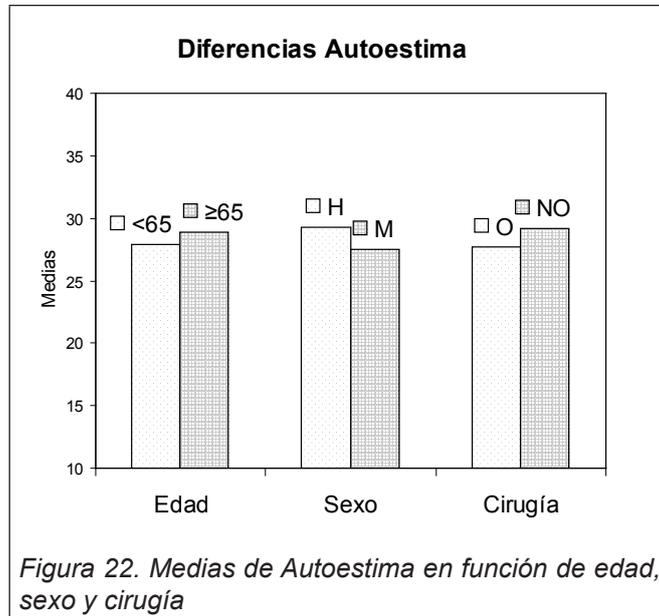
Autoestima	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	27.94	2.37	5.493	.020	.034
≥65 (n=85)	28.87	2.74			
Sexo					
hombre (n=94)	29.29	2.26	19.783	.000	.111
mujer (n=72)	27.52	2.72			
Cirugía					
ostomía (n=43)	27.67	2.29	13.582	.000	.079
no ostomía (n=123)	29.14	2.08			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	28.83	2.28	.000	.985	.000
<65-M (n=37)	27.05	2.43			
≥65-H (n=50)	29.75	2.23			
≥65-M (n=35)	27.99	2.98			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	27.01	2.11	.968	.327	.006
<65-NO (n=59)	28.87	2.08			
≥65-O (n=21)	28.33	2.44			
≥65-NO (n=64)	29.41	2.09			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	28.73	2.10	.803	.372	.005
H-NO (n=65)	29.84	2.08			
M-O (n=14)	26.61	2.17			
M-NO (n=58)	28.43	2.10			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	28.25	2.08	.752	.387	.005
<65-H-NO (n=31)	29.4	2.08			
<65-M-O (n=9)	25.78	2.08			
<65-M-NO (n=28)	28.33	2.08			
≥65-H-O (n=16)	29.22	2.08			
≥65-H-NO (n=34)	30.28	2.08			
≥65-M-O (n=5)	27.45	2.08			
≥65-M-NO (n=30)	28.53	2.08			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que los hombres registran mayor autoestima que las mujeres. Los hombres con ostomía declaran una autoestima ligeramente inferior que sin ostomía. Lo mismo ocurre en el caso de las mujeres, con una autoestima menor las que se realiza ostomía. No se ha hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(1,158)=.803$; $p=.372$; η^2 parcial=.005).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en función de la edad los menores de 65 años presentan una menor autoestima, sobre todo en el caso de las mujeres ostomizadas. En el grupo de mayores de 65 años, tanto en los hom-

bres como en las mujeres ostomizados la autoestima es menor que en los no ostomizados, así como los hombres presentan una mayor autoestima que las mujeres. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=.752$; $p=.387$; η^2 parcial=.005).



b) Evolución de la autoestima en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de autoestima en los cuatro momentos es elevado, con una baja variabilidad. El patrón de la autoestima es bastante estable a lo largo del año de evaluación, sin apenas diferencias entre los cuatro momentos de evaluación, si bien se puede apuntar que entre la primera y la segunda evaluación desciende levemente para recuperarse en los otros dos momentos. Este patrón no produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos –ver tabla 30- ($F(2.771,437.768)=1.68$; $p=.173$; η^2 parcial=.011).

Tabla 29
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
<i>Autoestima</i>	.802	34.678	5	.000	.869	.924	.333

Tabla 30
Evolución de la autoestima en los cuatro momentos (n=166)

Autoestima	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	28.92	3.01	1.68	.173	.011	I-II	.709
						I-III	.344
						I-IV	.463
Evaluación 2	28.63	2.73	1.68	.173	.011	II-III	.140
						II-IV	.310
Evaluación 3	28.91	2.80	1.68	.173	.011	III-IV	.653
Evaluación 4	29.06	2.68					

c) Evolución de la autoestima en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la autoestima en función de los diferentes grupos se puede apreciar en la tabla 31. En primer lugar, la evolución de la autoestima en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado no se producen apenas cambios en ambos grupos, a excepción de que en el segundo momento se produce un ligero descenso y después en tercer y cuarta evaluación se incrementa levemente. Los valores medios más bajos de autoestima se producen en el grupo de menores de 65 años. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.771,437.768)=.612$; $p=.595$; η^2 parcial=.004).

En relación con el sexo, se puede indicar que la autoestima se reduce en ambos grupos en la segunda evaluación. En las mujeres se produce un ligero incremento en la tercera y cuarta evaluación, mientras que en los hombres a partir del cuarto momento. Asimismo, se ha de indicar que las mujeres refieren menor autoestima que los hombres, como se puede apreciar –ver figura 23-. Se ha encontrado en esta interacción diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.771,437.768)=5.96$; $p=0.001$; η^2 parcial= .036).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la autoestima en el grupo de no ostomizados en el segundo momento para luego incrementarse y estabilizarse en el tercer y cuarto momento. Por el contrario en los pacientes ostomizados es en el primer momento que muestran las puntuaciones medias más bajas en autoestima, mejoran en el segundo y tercer momento para volver a disminuir al año de la primera evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes ostomizados muestran una menor autoestima en los cuatro momentos de evaluación. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.771,437.768)=2.37$; $p=.075$; η^2 parcial=.015).

Tabla 31
Evolución de la autoestima en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η ² parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Autoestima*Edad											
<65 (n=81)	28.43	2.99	28.27	2.64	28.51	3.07	28.57	3.15	.612	.595	.004
≥65 (n=85)	29.39	2.97	28.98	2.78	29.29	2.48	29.53	2.05			
Autoestima*Sexo											
hombre (n=94)	29.89	2.77	29.37	2.63	29.27	2.93	29.59	2.31	5.96	.001	.036
mujer (n=72)	29.65	2.85	27.67	2.56	28.44	2.57	28.38	2.98			
Autoestima*Cirugía											
O (n=43)	27.77	3.22	28.02	2.65	28.35	2.88	27.86	2.87	2.37	.075	.015
NO (n=123)	29.33	2.84	28.85	2.75	29.11	2.76	29.48	2.49			
Autoestima*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	29.52	2.23	28.98	2.55	28.77	3.27	28.98	2.67	.36	.768	.002
<65-M (n=37)	27.14	3.27	27.43	2.52	28.19	2.84	28.08	3.61			
≥65-H (n=50)	30.22	3.15	29.72	2.67	29.70	2.56	30.12	1.80			
≥65-M (n=35)	28.20	2.24	27.91	2.62	28.71	2.27	28.69	2.12			
Autoestima*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	26.68	3.24	27.64	2.71	27.59	3.21	27.05	3.10	.89	.438	.006
<65-NO (n=59)	29.08	2.63	28.51	2.59	28.85	2.98	29.14	2.99			
≥65-O (n=21)	28.90	2.84	28.43	2.48	29.14	2.30	28.71	2.39			
≥65-NO (n=64)	29.55	3.02	29.26	2.87	29.34	2.55	29.80	1.87			
Autoestima*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	29.03	2.35	29.00	2.36	28.66	3.26	28.45	2.47	1.48	.220	.009
H-NO (n=65)	30.28	2.87	29.54	2.74	29.54	2.76	30.09	2.05			
M-O (n=14)	25.14	3.25	26.00	1.84	27.71	1.81	26.64	3.34			
M-NO (n=58)	28.26	2.41	28.07	2.56	28.62	2.71	28.79	2.75			
Autoestima*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	28.38	2.25	29.00	2.44	27.85	3.91	27.77	2.89	.22	.865	.001
<65-H-NO (n=31)	30.00	2.08	28.97	2.63	29.16	2.94	29.48	2.44			
<65-M-O (n=9)	24.22	2.90	25.67	1.73	27.22	1.98	26.00	3.27			
<65-M-NO (n=28)	28.07	2.84	28.00	2.49	28.50	3.03	28.75	3.51			
≥65-H-O (n=16)	29.56	2.36	29.00	2.36	29.31	2.57	29.00	2.00			
≥65-H-NO (n=34)	30.53	3.45	30.06	2.77	29.88	2.57	30.65	1.45			
≥65-M-O (n=5)	26.80	3.49	26.60	2.07	28.60	1.14	27.80	3.49			
≥65-M-NO (n=30)	28.43	1.96	28.13	2.67	28.73	2.42	28.83	1.85			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

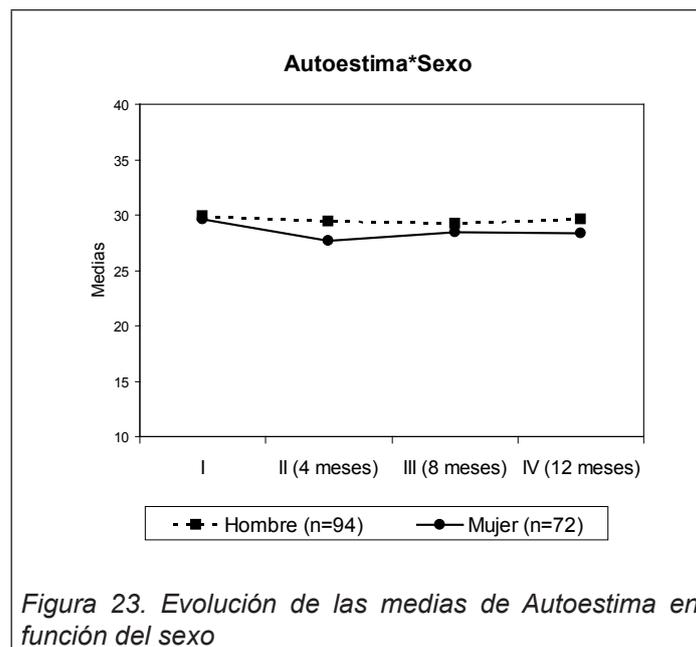
En función de la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, no hay apenas variaciones en los cuatro momentos de evaluación. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres igual o mayores de 65 años disminuye en el segundo momento de evaluación y mejora en el tercer y cuarto momento. Sin embargo, en el grupo de mujeres menores de 65 años su puntuación más baja es en el primer momento de evaluación. En el caso de los hombres, en ambos grupos de edad, se produce un descenso de la autoestima hasta el tercer momento de evaluación, para incrementarse en el cuarto. Además, los hombres del grupo de mayor edad la autoestima es mayor que en los más jóvenes, lo que ocurre igual en el caso de las mujeres. No obstante, no se han hallado diferencias significativas ($F(2.771,437.768)=.36$; $p=.768$; η^2 parcial=.002).

Si consideramos la interacción de la edad y de la cirugía la autoestima disminuye en el segundo momento en los pacientes no ostomizados. Este último grupo muestra medias más elevadas en las cuatro evaluaciones a lo largo del año que el grupo de pacientes ostomizados. En los pacientes menores de 65 años y ostomizados disminuye la autoestima a partir del tercer momento, tras un ligero incremento en el segundo. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, la autoestima se incrementa en los momentos tercero y cuarto, sobre todo en el grupo de pacientes no ostomizados, al contrario que los mayores ostomizados que en la cuarta evaluación disminuye. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.771,437.768)=.89$; $p=.438$; η^2 parcial=.006).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que no existen apenas diferencias en los cuatro momentos de evaluación. Así como es menor la autoestima en los cuatro momentos en el grupo de mujeres que en el de los hombres. En las mujeres no ostomizadas aumenta la autoestima en el cuarto momento, al contrario que las mujeres ostomizadas donde la autoestima disminuye al año de la primera evaluación. Los hombres no ostomizados mantienen puntuaciones mayores de autoestima que los ostomizados en todos los momentos de la evaluación, así como un descenso en este último grupo. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.771,437.768)=1.48$; $p=.220$; η^2 parcial=.009).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 31- no se producen apenas cambios de todos los grupos de la autoestima a lo largo del periodo de evaluación. El comportamiento es diferente en función de la cirugía, del sexo y de la edad. De esta forma en el grupo de hombres, no ostomizados y más mayores mantienen medias más elevadas de autoestima en todos los momentos de evaluación. En todos los hombres no ostomizados presentan medias más elevadas de autoestima que el resto de grupos independiente sobre todo si no están ostomizados y se mantie-

ne estable a lo largo del periodo de evaluación. En cuanto a las mujeres, el grupo de mujeres ostomizadas ya sean menores o mayores de 65 años son las que presentan puntuaciones más bajas en la autoestima, con mayor incidencia en el grupo de mujeres más jóvenes. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.771,437.768)=.22$; $p=.865$; η^2 parcial=.001).



Espíritu de Lucha

a) *Diferencias en el espíritu de lucha entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 32- que en función de la edad en ambos grupos el espíritu de lucha tiene una media similar de 37. Respecto a la diferencia entre los grupos, no hay apenas diferencias entre los pacientes menores de 65 años y los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas estadísticamente no significativas ($F=.245$; $p=.621$; η^2 parcial=.002).

Respecto al sexo, los hombres muestran un mayor espíritu de lucha que las mujeres, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres, como se puede apreciar –ver figura 24-. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=15.757$; $p=.000$; η^2 parcial=.091).

Referente a la cirugía, los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor espíritu de lucha que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=9.843$; $p=.002$; η^2 parcial=.059).

Si consideramos la interacción entre los tres factores: edad, sexo y cirugía, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo, tanto los hombres mayores o con edad igual a 65 como menores de 65 años presentan un espíritu de lucha mayor que en el caso de los dos grupos de mujeres. En el grupo de las mujeres, las más mayores presentan niveles más altos de espíritu de lucha que las mujeres más jóvenes. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.056$; $p=.813$; η^2 parcial=.000).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes sin ostomía en ambos grupos de edad manifiestan mayor espíritu de lucha que los pacientes con ostomía. Y que en los dos grupos de ostomizados presentan un mayor espíritu de lucha los pacientes más mayores que los más jóvenes. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.000$; $p=.985$; η^2 parcial=.000).

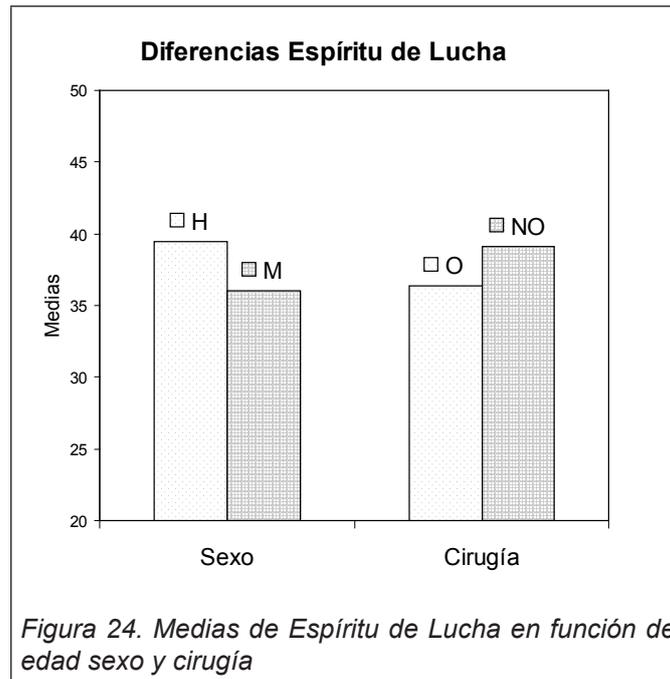
En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que los hombres registran mayor espíritu de lucha que las mujeres, independientemente del tipo de cirugía. En concreto, las mujeres que presentan ostomía manifiestan un espíritu de lucha mucho menor que las mujeres sin ostomía. Respecto a los hombres se produce el mismo efecto. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.289$; $p=.258$; η^2 parcial=.008).

Tabla 32
Diferencias en espíritu de lucha (EL) entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

	EL	Media	DT	F	Sig.	η ² parcial
Edad						
	<65 (n=81)	37.53	5.27	.245	.621	.002
	≥65 (n=85)	37.97	6.08			
Sexo						
	hombre (n=94)	39.50	5.03	15.757	.000	.091
	mujer (n=72)	36.00	6.05			
Cirugía						
	ostomía (n=43)	36.37	5.10	9.843	.002	.059
	no ostomía (n=123)	39.13	4.63			
Edad*sexo						
	<65-H (n=44)	39.18	5.07	.056	.813	.000
	<65-M (n=37)	35.88	5.40			
	≥65-H (n=50)	39.82	4.96			
	≥65-M (n=35)	36.11	6.61			
Edad*Cirugía						
	<65-O (n=22)	36.14	4.71	.000	.985	.000
	<65-NO (n=59)	38.92	4.63			
	≥65-O (n=21)	36.59	5.44			
	≥65-NO (n=64)	39.34	4.64			
Sexo*Cirugía						
	H-O (n=29)	38.62	4.66	1.289	.258	.008
	H-NO (n=65)	40.38	4.64			
	M-O (n=14)	34.11	4.83			
	M-NO (n=58)	37.88	4.62			
Edad*Sexo*Cirugía						
	<65-H-O (n=13)	38.75	4.63	1.106	.295	.007
	<65-H-NO (n=31)	39.61	4.63			
	<65-M-O (n=9)	33.53	4.63			
	<65-M-NO (n=28)	38.24	4.64			
	≥65-H-O (n=16)	38.48	4.63			
	≥65-H-NO (n=34)	41.16	4.64			
	≥65-M-O (n=5)	34.70	4.63			
	≥65-M-NO (n=30)	37.53	4.63			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años son las que menor puntuación de espíritu de lucha presenta a diferencia de los demás grupos. Por el contrario, en el grupo de mujeres las que tienen una puntuación más elevada son las mujeres jóvenes no ostomizadas. En esta interacción, en función del sexo y la cirugía los hombres no ostomizados independientemente de la edad son los que presentan puntuaciones más altas de espíritu de lucha, con una puntuación mayor los que presentan una edad más avanzada. Sin embargo, la interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=1.106$; $p=.295$; η^2 parcial=.007).



b) Evolución del espíritu de lucha en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de espíritu de lucha en los cuatro momentos es elevado con una media alrededor de 38, en un rango de puntuación entre 16 y 64, produciéndose un mínimo incremento a lo largo del año. De esta forma, el patrón del espíritu de lucha descrito a lo largo del año de evaluación, no muestra grandes diferencias entre los cuatro momento de evaluación. Por consiguiente, este patrón no produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos –ver tabla 34 ($F(2.486,392.863)=1.72$; $p=.171$; η^2 parcial=.011).

Tabla 33
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
Espíritu de lucha	.681	60.113	5	.000	.781	.829	.333

Tabla 34
Evolución del espíritu de lucha (EL) en los cuatro momentos

EL	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	37.87	5.47	1.72	.171	.011	I-II	1.000
						I-III	.337
						I-IV	1.000
Evaluación 2	38.57	5.62	1.72	.171	.011	II-III	.831
						II-IV	1.000
Evaluación 3	39.13	6.05	1.72	.171	.011	III-IV	1.000
Evaluación 4	39.09	5.89					

c) Evolución del espíritu de lucha en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la autoestima en función de los diferentes grupos se puede apreciar en la tabla 35. En primer lugar, la evolución del espíritu de lucha en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado los valores medios más altos de espíritu de lucha se producen en el grupo de mayores de 65 años. La evolución apunta en el grupo de mayores de 65 años un incremento hasta el cuarto momento, mientras que en el grupo de más jóvenes aumenta hasta el tercer momento y decrece levemente en el cuarto. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=2.10$; $p=.112$; η^2 parcial=.013).

En relación con el sexo, se puede indicar que el espíritu de lucha aumenta en ambos grupos a lo largo del periodo, sobretodo entre el primer y el segundo momento, estabilizándose a partir de este. Asimismo, se ha de indicar que las mujeres refieren menor espíritu de lucha que los hombres a lo largo de todo el año. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=.53$; $p=.625$; η^2 parcial=.003).

En cuanto a la cirugía, se produce un incremento constante del espíritu de lucha en los pacientes no ostomizados a lo largo del año, mientras que en los pacientes ostomizados en el cuarto momento se produce una reducción respecto a los primeros momentos de la evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes ostomizados muestran un menor espíritu de lucha en los cuatro momentos de evaluación. Sin embargo, la interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.486,392.863)=2.42$; $p=.077$; η^2 parcial=.015).

Si consideramos la interacción de la edad y sexo se puede apuntar, que el espíritu de lucha aumenta tanto en mujeres como en hombres con una edad igual o superior a 65 años. En el grupo de mujeres de menos de 65 años hay un descenso de las puntuaciones medias de espíritu de lucha a partir del tercer momento, mientras que en el grupo de hombres tiene lugar una disminución en el cuarto momento. En ambos grupos de edad, los hombres manifiestan un espíritu de lucha mayor que las mujeres y sobre todo en los hombres del grupo de mayor edad. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=.41$; $p=.712$; η^2 parcial=.003).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el espíritu de lucha se incrementa en los pacientes no ostomizados, independientemente de la edad, en todo el periodo evaluado. En los pacientes ostomizados menores de 65 años se incrementa el espíritu de lucha en el segundo momento para luego decrecer hasta el cuarto momento. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, tras un leve descenso en el segundo momento se incrementa en los dos restantes. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=.40$; $p=.715$; η^2 parcial=.003).

Tabla 35
Evolución del espíritu de lucha (EL) en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
EL*Edad											
<65 (n=81)	37.75	5.33	38.58	5.32	38.72	6.47	38.23	6.12	2.10	.112	.013
≥65 (n=85)	37.99	5.64	38.55	5.92	39.53	5.62	39.91	5.58			
EL*Sexo											
hombre (n=94)	39.27	4.91	39.50	5.15	40.37	6.09	40.30	5.28	.53	.625	.003
mujer (n=72)	36.06	5.67	37.35	6.00	37.51	5.63	37.51	6.30			
EL*Cirugía											
O (n=43)	37.42	5.42	37.05	5.74	37.23	5.77	36.65	4.71	2.42	.077	.015
NO (n=123)	38.03	5.51	39.10	5.50	39.80	6.02	39.94	6.04			
EL*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	39.11	5.06	39.02	5.06	39.95	6.61	39.32	5.74	.41	.712	.003
<65-M (n=37)	36.14	5.24	38.05	5.65	37.24	6.07	36.95	6.38			
≥65-H (n=50)	39.40	4.82	39.92	5.23	40.74	5.64	41.16	4.73			
≥65-M (n=35)	35.97	6.17	36.60	6.35	37.80	5.19	38.11	6.25			
EL*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	37.18	5.92	37.27	6.03	36.64	6.61	35.36	4.95	.40	.715	.003
<65-NO (n=59)	37.97	5.13	39.07	5.00	39.49	6.30	39.31	6.20			
≥65-O (n=21)	37.67	4.98	36.81	5.55	37.86	4.83	38.00	4.12			
≥65-NO (n=64)	38.09	5.87	39.13	5.96	40.08	5.79	40.53	5.88			
EL*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	39.31	4.46	38.76	5.32	38.14	5.98	38.21	4.25	2.48	.072	.015
H-NO (n=65)	39.25	5.13	39.83	5.07	41.37	5.92	41.23	5.45			
M-O (n=14)	33.50	5.26	33.50	5.02	35.36	5.00	33.43	4.00			
M-NO (n=58)	36.67	5.64	38.28	5.88	38.03	5.69	38.50	6.38			
EL*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	40.08	3.80	39.77	5.37	37.85	7.00	37.31	4.27	.52	.638	.003
<65-H-NO (n=31)	38.71	5.52	38.71	4.98	40.84	6.35	40.16	6.12			
<65-M-O (n=9)	33.00	6.08	33.67	5.24	34.89	5.95	32.56	4.69			
<65-M-NO (n=28)	37.14	4.62	39.46	5.09	38.00	6.02	38.36	6.27			
≥65-H-O (n=16)	38.69	4.96	37.94	5.31	38.38	5.24	38.94	4.23			
≥65-H-NO (n=34)	39.74	4.78	40.85	5.00	41.85	5.55	42.21	4.64			
≥65-M-O (n=5)	34.40	3.78	33.20	5.17	36.20	3.03	35.00	1.73			
≥65-M-NO (n=30)	36.23	6.50	37.17	6.42	38.07	5.46	38.63	6.59			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

La interacción de sexo y cirugía se percibe es mayor el espíritu de lucha en los cuatro momentos en el grupo de hombres, independientemente del tipo de cirugía. En los hombres no ostomizados se incrementa un poco de forma continua a lo largo del año y los hombres ostomizados se reduce en la segunda evaluación y ya no se incrementa. En las mujeres ostomizadas el espíritu de lucha se mantiene estable en todas las evaluaciones y son las que puntúan más bajo en espíritu de lucha en comparación con las mujeres no ostomizadas y con el resto de grupo de los hombres. Sin embargo, en las mujeres no ostomizadas se produce un fuerte incremento del espíritu de lucha en el segundo momento para luego estabilizarse. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=2.48$; $p=.072$; η^2 parcial=.015).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 35- el comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía, principalmente. De esta forma en el grupo de hombres que tiene una mayor puntuación en espíritu de lucha se corresponde con los no ostomizados, independientemente de la edad, e incrementándose el valor. En las mujeres no ostomizadas y de mayor edad también se produce este efecto. En cuanto al grupo de mujeres menores de 65 años y ostomizadas son las que más baja puntuación tienen en espíritu de lucha a lo largo de todo el periodo, incrementándose en el segundo y tercer momento y se reduce más notoriamente en el cuarto momento. En esta interacción las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.486,392.863)=.52$; $p=.638$; η^2 parcial=.003).

Desesperanza

a) *Diferencias en la desesperanza entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 36- que en función de la edad en ambos grupos la desesperanza no es excesiva. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una desesperanza ligeramente más alta que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,157)=1.193$; $p=.276$; η^2 parcial=.008).

Referente al sexo, ambos grupos no presentan excesiva desesperanza, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se observa que las mujeres muestran una mayor desesperanza que los hombres, como se puede apreciar –ver figura 25-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,157)=14.096$; $p=.000$; η^2 parcial=.082).

Respecto a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la desesperanza no es excesiva, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor desesperanza que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa –ver figura 25-, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,157)=5.834$; $p=.017$; η^2 parcial=.036).

Si consideramos la interacción entre los tres factores edad, sexo y tipo de cirugía, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos la desesperanza no es excesiva, si bien las mujeres independientemente de la edad presentan puntuaciones más altas de desesperanza que los hombres. Además, las mujeres menores de 65 años presentan una desesperanza mayor que en el caso de las mayores de 65 años. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,157)=.573$; $p=.450$; η^2 parcial=.004).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que la desesperanza no es excesiva en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una ostomía muestran medias mayores que el grupo de no ostomizados, independientemente de la edad. Asimismo, los pacientes menores de 65 años en ambos grupos tipo de cirugía manifiestan mayor desesperanza que en sus respectivos grupos de edad mayor. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,157)=.667$; $p=.415$; η^2 parcial=.004).

Tabla 36
Diferencias en desesperanza entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

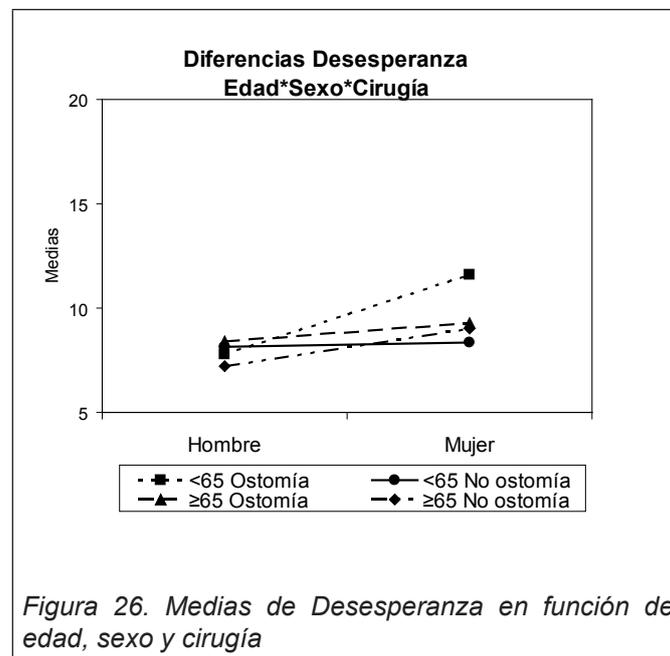
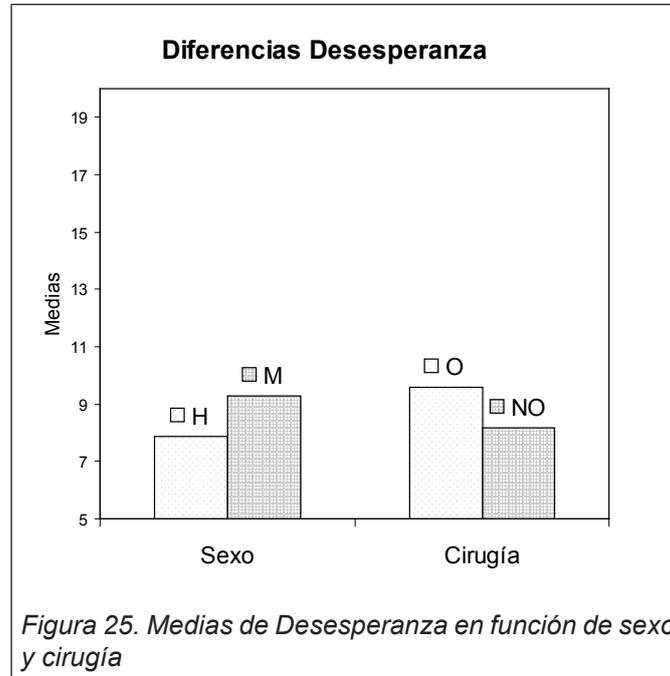
Desesperanza	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	8.98	2.67	1.193	.276	.008
≥65 (n=85)	8.49	3.08			
Sexo					
hombre (n=94)	7.89	2.55	14.096	.000	.082
mujer (n=72)	9.57	3.07			
Cirugía					
ostomía (n=43)	9.27	2.58	5.834	.017	.036
no ostomía (n=123)	8.19	2.37			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	7.97	2.57	.573	.450	.004
<65-M (n=37)	9.99	2.74			
≥65-H (n=50)	7.82	2.52			
≥65-M (n=35)	9.16	3.35			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	9.70	2.39	.667	.415	.004
<65-NO (n=59)	8.25	2.37			
≥65-O (n=21)	8.85	2.76			
≥65-NO (n=64)	8.13	2.36			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	8.09	2.36	2.346	.128	.015
H-NO (n=65)	7.69	2.35			
M-O (n=14)	10.46	2.45			
M-NO (n=58)	8.69	2.36			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	7.79	2.34	6.237	.014	.038
<65-H-NO (n=31)	8.15	2.35			
<65-M-O (n=9)	11.61	2.35			
<65-M-NO (n=28)	8.36	2.38			
≥65-H-O (n=16)	8.39	2.35			
≥65-H-NO (n=34)	7.24	2.35			
≥65-M-O (n=5)	9.30	2.35			
≥65-M-NO (n=30)	9.02	2.35			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor desesperanza que los hombres, sin presentar en los cuatro grupos una excesiva desesperanza. Asimismo, los pacientes ostomizados en ambos sexos manifiestan mayor desesperanza que los pacientes no ostomizados. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(1,157)=2.346$; $p=.128$; η^2 parcial=.015).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesiva desesperanza, salvo el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, en función de del sexo y tipo de cirugía las mujeres ostomizadas presentan una mayor desesperanza, así como en los hombres se observa que los no ostomizados tienen puntuaciones más bajas en desesperanza. En el grupo de mayores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres ostomizados

la desesperanza es mayor que en los no ostomizados, así como las mujeres presentan una mayor desesperanza que los hombres. La interacción es estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,157)=6.237$; $p=.014$; η^2 parcial=.038), por lo comentado anteriormente –ver figura 26–.



b) Evolución de la desesperanza en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de desesperanza en los cuatro momentos no es muy alto, está en una media de 8 sobre un rango en la puntuación entre 6 y 24, además se produce un au-

mento mínimo en el segundo momento de evaluación y continúa con una pequeña disminución a lo largo del año. El patrón de desesperanza descrito, a lo largo del año de evaluación, no muestra diferencias entre los cuatro momento de evaluación. Por tanto, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos –ver tabla 38- ($F(2.827,443.916)=.69$; $p=.552$; η^2 parcial=.004).

Tabla 37
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
<i>Desesperanza</i>	.828	29.354	5	.000	.886	.942	.333

Tabla 38
Evolución de la desesperanza en los cuatro momentos

<i>Desesperanza</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	8.41	2.85				I-II I-III	1.000 1.000
Evaluación 2	8.55	3.16				I-IV II-III	1.000 .870
Evaluación 3	8.32	2.95	.69	.552	.004	II-IV	1.000
Evaluación 4	8.21	2.89				III-IV	1.000

c) Evolución de la desesperanza en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la depresión en función de los diferentes grupos se puede apreciar en la tabla 39. En primer lugar, la evolución de la desesperanza en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce una disminución de la misma en el grupo de mayores de 65 años con un ligero repunte entre el primer y el segundo momento. En el grupo de menores de 65 años que hay un ligero incremento durante el segundo y tercer momento, y leve decrecimiento en el cuarto. Los valores medios más altos de desesperanza se producen en el grupo de menores de 65 años, si bien no es excesivamente alta. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=1.45$; $p=.230$; η^2 parcial=.009).

En relación con el sexo, se puede indicar que los hombres refieren menor desesperanza que las mujeres. En los hombres se produce un leve repunte entre el primer y segundo momento, mientras que en las mujeres hay un ligero descenso hasta el tercer mo-

mento y un ligero incremento en el cuarto. Esta interacción ha producido diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.827,443.916)=3.56$; $p=.016$; η^2 parcial= 0.022) como se puede observar –ver figura 27-.

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la desesperanza en el grupo de no ostomizados desde el tercer momento hasta el cuarto, mientras en los pacientes no ostomizados se produce un incremento de la misma entre el primer y el cuarto momento. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran una menor desesperanza en los cuatro momentos de evaluación, así como una reducción de la misma a lo largo del periodo estudiado. No hay diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=.53$; $p=.650$; η^2 parcial=.003).

Si consideramos la interacción de la edad y sexo se puede comentar que en los cuatro momentos las mujeres presentan valores más altos de desesperanza que los hombres. En el caso de los hombres, tras un leve repunte en el segundo momento en ambos grupos, el grupo de mayor edad decrece a partir de este momento mientras el de menor edad lo hace en el cuarto momento. En el caso de las mujeres, las menores de 65 años la desesperanza disminuye a lo largo del año, mientras que en el grupo de mayor edad tras un ligero repunte en el segundo momento decrece a partir de este. Sin embargo no se ha hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=.42$; $p=.725$; η^2 parcial=.003).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la desesperanza disminuye a lo largo del año en los pacientes no ostomizados independiente de la edad. En los pacientes ostomizados se incrementa la desesperanza en general a lo largo del periodo evaluado, sobre todo en los pacientes menores de 65 años. En los pacientes menores de 65 años la desesperanza es más elevada que en los pacientes de mayor edad, así como dentro de cada grupo los no ostomizados presentan menor puntuación. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=1.06$; $p=.362$; η^2 parcial=.007).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que las mujeres presentan mayor desesperanza que los hombres, en ambos grupos de cirugía. En los hombres, tanto ostomizados como no va reduciéndose la desesperanza a lo largo del año, tras un ligero repunte entre el primer y el segundo momento, presentando un menor valor en los no ostomizados. En las mujeres no ostomizadas disminuye la desesperanza a lo largo del año, mientras que en las mujeres ostomizadas –que presentan mayor valor- se produce un ligero incremento de la desesperanza en el cuarto momento, tras una disminu-

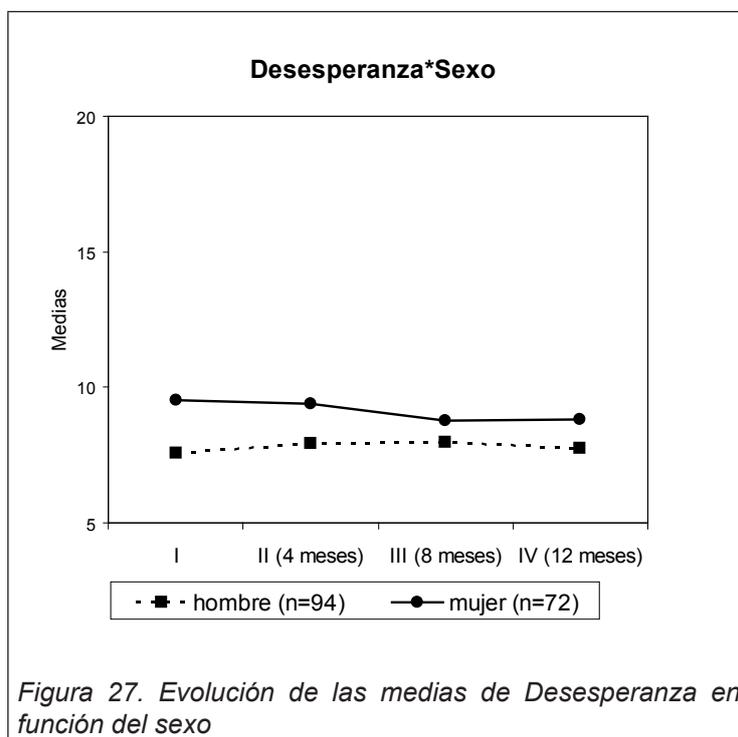
Tabla 39

Evolución desesperanza en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Desesperanza*Edad											
<65 (n=81)	8.49	2.78	8.52	3.07	8.68	3.23	8.51	3.06	1.45	.230	.009
≥65 (n=85)	8.34	2.92	8.58	3.26	7.99	2.64	7.92	2.71			
Desesperanza*Sexo											
hombre (n=94)	7.59	2.31	7.93	2.86	7.99	2.84	7.74	2.39	3.56	.016	.022
mujer (n=72)	9.51	3.13	9.38	3.37	8.76	3.05	8.82	3.37			
Desesperanza*Cirugía											
O (n=43)	8.77	2.81	9.14	3.62	8.95	3.08	9.09	3.18	.53	.650	.003
NO (n=123)	8.29	2.86	8.34	2.97	8.10	2.89	7.89	2.72			
Desesperanza*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	7.59	2.04	7.95	2.66	8.45	3.11	8.16	2.63	.42	.725	.003
<65-M (n=37)	9.58	3.18	9.22	3.42	8.94	3.40	8.94	3.51			
≥65-H (n=50)	7.58	2.54	7.90	3.05	7.58	2.55	7.38	2.11			
≥65-M (n=35)	9.43	3.12	9.54	3.36	8.57	2.69	8.69	3.26			
Desesperanza*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	8.95	3.27	9.32	3.67	9.82	3.62	9.32	3.44	1.06	.362	.007
<65-NO (n=59)	8.31	2.58	8.22	2.79	8.24	2.99	8.21	2.88			
≥65-O (n=21)	8.57	2.29	8.95	3.64	8.05	2.11	8.86	2.95			
≥65-NO (n=64)	8.27	3.11	8.45	3.15	7.97	2.81	7.61	2.57			
Desesperanza*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	7.59	1.74	8.14	3.43	8.45	3.20	8.31	2.82	.86	.456	.005
H-NO (n=65)	7.58	2.53	7.83	2.58	7.78	2.67	7.49	2.14			
M-O (n=14)	11.21	3.07	11.21	3.17	10.00	2.60	10.71	3.38			
M-NO (n=58)	9.09	3.02	8.93	3.28	8.46	3.10	8.35	3.22			
Desesperanza*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	6.85	0.80	7.38	2.99	9.00	4.06	7.92	2.87	.70	.544	.004
<65-H-NO (n=31)	7.90	2.32	8.19	2.52	8.23	2.66	8.26	2.57			
<65-M-O (n=9)	12.00	3.08	12.11	2.67	11.00	2.65	11.33	3.32			
<65-M-NO (n=28)	8.78	2.82	8.26	3.11	8.26	3.38	8.15	3.24			
≥65-H-O (n=16)	8.19	2.07	8.75	3.73	8.00	2.34	8.63	2.83			
≥65-H-NO (n=34)	7.29	2.71	7.50	2.63	7.38	2.65	6.79	1.37			
≥65-M-O (n=5)	9.80	2.78	9.60	3.65	8.20	1.30	9.60	3.58			
≥65-M-NO (n=30)	9.37	3.21	9.53	3.37	8.63	2.87	8.53	3.25			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= oostomía; NO= no oostomía

ción en el tercero. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=.86$; $p=.456$; η^2 parcial=.005).



En la interacción de los tres factores: edad, sexo y cirugía –como se puede apreciar en la tabla 39- el comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía, principalmente. De esta forma en el grupo de mujeres se produce una disminución de la desesperanza a lo largo del periodo con mayor incidencia en las pacientes ostomizadas, pero este grupo parte de la puntuación media más elevada de desesperanza en la primera evaluación. En las mujeres ostomizadas la desesperanza es mayor que en las no ostomizadas. En cuanto a los hombres, los menores de 65 años ostomizados y los mayores de 65 años no ostomizados son los que presentan puntuaciones medias más bajas en desesperanza a lo largo de un año. Asimismo, se ha de destacar que en los hombres menores de 65 años se produce un incremento de la desesperanza hasta el tercer momento. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.827,443.916)=.70$; $p=.544$; η^2 parcial=.004).

Preocupación Ansiosa

a) *Diferencias en la preocupación ansiosa entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 40- que en función de la edad en ambos grupos la preocupación ansiosa está en una media de 17 sobre un rango en la puntuación entre 9 y 36. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una preocupación ansiosa más alta que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas entre los dos grupos no estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.078$; $p=.081$; η^2 parcial=.019).

Respecto al sexo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una mayor preocupación ansiosa que los hombres, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres, como se puede –ver en la figura 28-. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=25.586$; $p=.000$; η^2 parcial=.139).

Referente a la cirugía, los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor preocupación ansiosa que aquellos pacientes sin ostomía, como se puede –ver en la figura 28-. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=22.566$; $p=.000$; η^2 parcial=.125).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una preocupación ansiosa mayor que en el caso de los mayores de 65 años. Las mujeres en ambos grupos de edad muestran una mayor preocupación ansiosa que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.157$; $p=.693$; η^2 parcial=.001).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes con una edad igual o menor a 65 años muestran medias mayores que el grupo de igual o mayor de 65 años. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan mayor preocupación ansiosa que los pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.070$; $p=.792$; η^2 parcial=.000).

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor preocupación ansiosa que los hombres, como se puede apreciar en la

figura 29. Además, tanto en hombres como en mujeres los pacientes con ostomía presentan una mayor preocupación ansiosa que sin ostomía. Por lo tanto, las mujeres con ostomía declaran una preocupación ansiosa más elevada que sin ostomía, mientras que en el caso de los hombres los que presentan ostomía manifiestan una preocupación ansiosa mayor que sin ostomía. En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=10.151$; $p=.002$; η^2 parcial=.060).

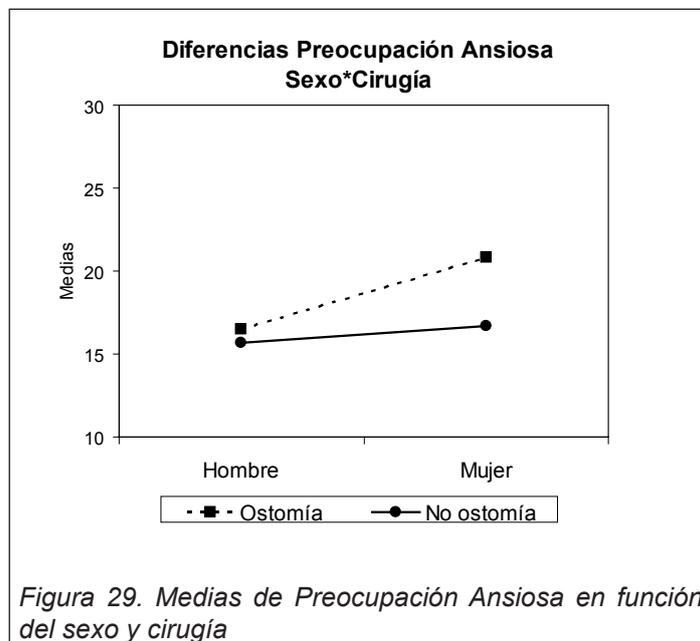
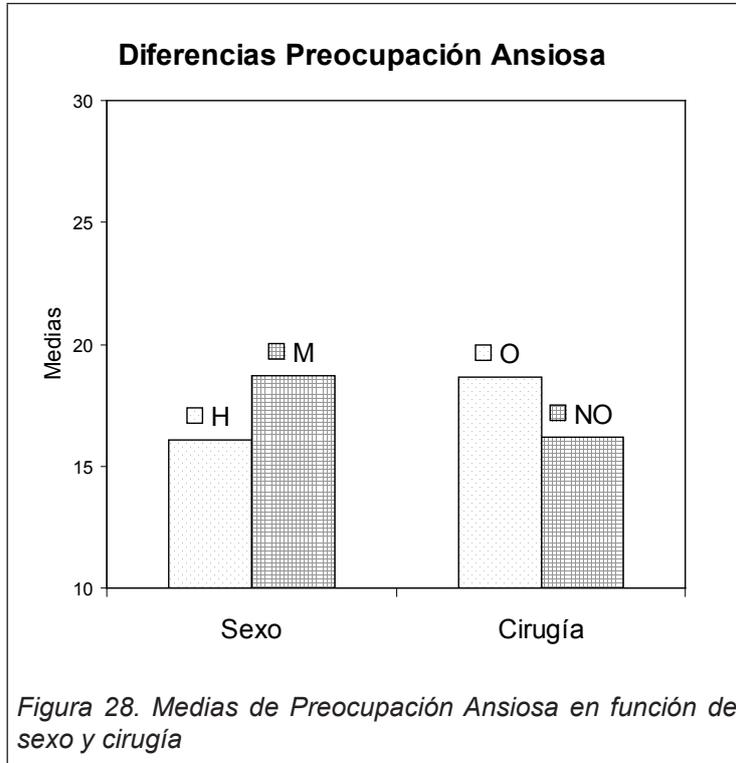
Tabla 40
Diferencias en preocupación ansiosa (PA) en función de la edad, sexo y cirugía

PA	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	17.87	3.10	3.078	.081	.019
≥65 (n=85)	16.96	3.58			
Sexo					
hombre (n=94)	16.10	2.96	25.586	.000	.139
mujer (n=72)	18.73	3.56			
Cirugía					
ostomía (n=43)	18.65	3.00	22.566	.000	.125
no ostomía (n=123)	16.18	2.72			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	16.66	2.98	.157	.693	.001
<65-M (n=37)	19.08	3.17			
≥65-H (n=50)	15.55	2.92			
≥65-M (n=35)	18.38	3.89			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	19.03	2.77	.070	.792	.000
<65-NO (n=59)	16.71	2.73			
≥65-O (n=21)	18.26	3.20			
≥65-NO (n=64)	15.66	2.72			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	16.51	2.74	10.151	.002	.060
H-NO (n=65)	15.70	2.72			
M-O (n=14)	20.79	2.84			
M-NO (n=58)	16.67	2.73			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	16.60	2.72	2.403	.123	.015
<65-H-NO (n=31)	16.73	2.72			
<65-M-O (n=9)	21.47	2.72			
<65-M-NO (n=28)	16.69	2.72			
≥65-H-O (n=16)	16.42	2.72			
≥65-H-NO (n=34)	14.67	2.73			
≥65-M-O (n=5)	20.10	2.72			
≥65-M-NO (n=30)	16.65	2.72			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Por último en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesiva preocupación ansiosa, salvo el grupo de mujeres con ostomía. En esta interacción, en función de la edad tanto hombres como mujeres menores de 65 años presentan una mayor preocupación ansiosa, sobre todo en el caso de las

mujeres ostomizadas. En el grupo de mayores de 65 años, las mujeres describen una mayor preocupación ansiosa que los hombres de su misma edad. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=2.403$; $p=.123$; η^2 parcial=.015).



b) Evolución de la preocupación ansiosa en los cuatro momentos de evaluación

Las medias de preocupación ansiosa en los cuatro momentos no son altas, pues las medias se encuentran entre 16 en un rango de puntuación entre 9 a 36.

El patrón de la evolución de la preocupación ansiosa descrito, a lo largo del año de evaluación, tiene una puntuación más elevada inicialmente con una disminución a lo largo del periodo de medición. Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.837,448.178)=3.67$; $p=.014$; η^2 parcial=.023) –ver tabla 42 y figura 30.

Tabla 41
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Preocupación ansiosa	.836	27.984	5	.000	.889	.946	.333

Tabla 42
Evolución de la preocupación ansiosa (PA) en los cuatro momentos

PA	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	16.86	3.70				I-II	1.000
Evaluación 2	16.77	3.68	3.67	.014	.023	I-III	1.000
						I-IV	1.000
Evaluación 3	16.54	3.69				II-III	1.000
						II-IV	1.000
Evaluación 4	16.25	3.35				III-IV	1.000

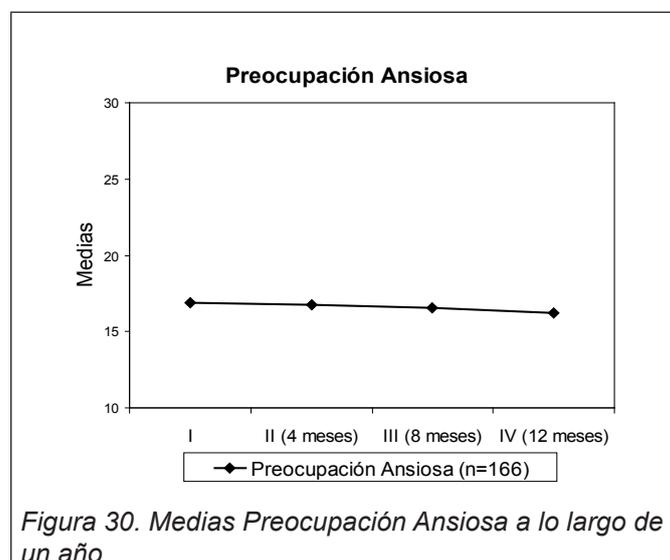


Figura 30. Medias Preocupación Ansiosa a lo largo de un año

c) Evolución de la preocupación ansiosa en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la preocupación ansiosa en función de los grupos de edad –ver tabla 43- muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce una disminución de la misma en el grupo de igual o mayor de 65 años. En el grupo de menores de 65 años en el segundo y tercer momento se produce un ligero aumento, volviendo en el cuarto momento a la puntuación inicial. Los valores medios más altos de preocupación ansiosa se producen en el grupo de menores de 65 años. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=2.00$; $p=.116$; η^2 parcial=.013).

En relación con el sexo, se puede indicar que la preocupación ansiosa se reduce en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en las mujeres son las que más la reducen. Asimismo, se ha de indicar que las mujeres refieren mayor preocupación ansiosa que los hombres. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto del sexo sobre la preocupación ansiosa ($F(2.837,448.178)=.38$; $p=.760$; η^2 parcial=.002).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la preocupación ansiosa en ambos grupos a lo largo de todo el periodo. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran una menor preocupación ansiosa en los cuatro momentos de evaluación, así como una reducción de la misma a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, las diferencias de las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=1.58$; $p=.196$; η^2 parcial=.010).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se ha de señalar que en el grupo de mujeres de menos de 65 años se reduce en el tercer y cuarto momento, así como en el grupo de hombres y mujeres de igual o mayor de 65 años se reduce a lo largo de todo el periodo. En el grupo de hombres menores de 65 años se produce un incremento hasta el tercer momento, reduciéndose en el cuarto. Además, en los hombres del grupo de mayor edad la preocupación ansiosa es menor, lo que ocurre igual en el caso de las mujeres. No hay diferencias estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=.60$; $p=.604$; η^2 parcial=.004).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la preocupación ansiosa disminuye en los pacientes mayores o igual de 65 años, tanto con ostomía o sin ella. En los pacientes menores de 65 años, se produce un incremento de la preocupación ansiosa entre el primer y segundo momento en los ostomizados y entre el primero y el tercero en los no ostomizados, para reducirse luego. Los pacientes ostomizados y con menor edad presentan mayor preocupación ansiosa que los no ostomizados y menor edad. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=.08$; $p=.967$; η^2 parcial=.000).

Tabla 43

Evolución de la preocupación ansiosa (PA) en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
PA*Edad											
<65 (n=81)	17.09	3.85	17.36	3.90	17.35	3.86	17.09	3.46	2.00	.116	.013
≥65 (n=85)	16.64	3.55	16.20	3.39	15.78	3.36	15.46	3.05			
PA*Sexo											
hombre (n=94)	15.99	3.15	16.07	3.50	15.91	3.46	15.67	2.92	.38	.760	.002
mujer (n=72)	17.99	4.06	17.67	3.75	17.36	3.84	17.01	3.73			
PA*Cirugía											
O (n=43)	18.49	3.82	18.44	4.49	17.79	4.15	17.12	3.74	1.58	.196	.010
NO (n=123)	16.28	3.49	16.18	3.18	16.11	3.42	15.95	3.16			
PA*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	16.25	3.07	16.75	3.65	17.00	3.74	16.75	2.95	.60	.604	.004
<65-M (n=37)	18.08	4.46	18.08	4.11	17.76	4.01	17.49	3.98			
≥65-H (n=50)	15.76	3.24	15.48	3.27	14.96	2.90	14.72	2.56			
≥65-M (n=35)	17.89	3.65	17.23	3.34	16.94	3.65	16.51	3.42			
PA*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	18.64	4.47	19.05	5.38	18.68	4.85	18.00	3.96	.08	.967	.000
<65-NO (n=59)	16.51	3.46	16.73	3.01	16.85	3.33	16.75	3.22			
≥65-O (n=21)	18.33	3.10	17.81	3.34	16.86	3.10	16.19	3.33			
≥65-NO (n=64)	16.08	3.53	15.67	3.26	15.42	3.38	15.22	2.95			
PA*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	17.21	3.05	16.76	3.83	16.41	3.96	15.62	3.16	1.02	.382	.006
H-NO (n=65)	15.45	3.06	15.77	3.32	15.69	3.22	15.69	2.83			
M-O (n=14)	21.14	3.98	21.93	3.75	20.64	2.98	20.21	2.89			
M-NO (n=58)	17.22	3.72	16.64	2.97	16.57	3.61	16.24	3.50			
PA*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	16.85	3.34	16.46	4.65	17.08	5.20	16.00	3.39	.80	.488	.005
<65-H-NO (n=31)	16.00	2.97	16.87	3.23	16.97	3.04	17.06	2.74			
<65-M-O (n=9)	21.22	4.79	22.78	4.12	21.00	3.32	20.89	2.85			
<65-M-NO (n=28)	17.07	3.92	16.57	2.80	16.71	3.68	16.39	3.70			
≥65-H-O (n=16)	17.50	2.88	17.00	3.16	15.88	2.63	15.31	3.03			
≥65-H-NO (n=34)	14.94	3.10	14.76	3.12	14.53	2.96	14.44	2.30			
≥65-M-O (n=5)	21.00	2.35	20.40	2.70	20.00	2.45	19.00	2.83			
≥65-M-NO (n=30)	17.37	3.60	16.70	3.16	16.43	3.60	16.10	3.37			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= oostomía; NO= no oostomía

La interacción de sexo y cirugía se percibe en general que en el grupo de los hombres la preocupación ansiosa es menor a lo largo del periodo de evaluación, así como menor en los no ostomizados que en los ostomizados en ambos grupos. En los hombres ostomizados y menores de 65 años y en las mujeres no ostomizadas y de mayor edad disminuyen en su preocupación ansiosa a lo largo del periodo. En los hombres no ostomizados y en las mujeres ostomizadas aumenta en el segundo momento y disminuye la preocupación ansiosa en el tercer momento, para estabilizarse en el cuarto. No se producen diferencias estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=1.02$; $p=.382$; η^2 parcial=.006).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 43- en general se puede ver una disminución de la preocupación ansiosa en el cuarto momento de evaluación. El comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía. De esta forma en el grupo de mujeres ostomizadas tienen una mayor preocupación ansiosa a lo largo del periodo, mientras que es menor en los hombres no ostomizados. En el grupo de edad de igual o mayor a 65 años se produce una disminución de la preocupación ansiosa a lo largo del periodo. En cambio en los menores de 65 años existe algún repunte de la preocupación ansiosa en el segundo o tercer momento de la evaluación, para luego disminuir. No hay diferencias estadísticamente significativas ($F(2.837,448.178)=.80$; $p=.488$; η^2 parcial=.005).

Fatalismo

a) *Diferencias en el fatalismo entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar – ver tabla 44- que en función de la edad en ambos grupos el fatalismo que se puntúa de 8 a 32 está por encima de la puntuación media alrededor de 19. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un fatalismo más alto que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, no siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($F(1,156)=.444$; $p=.506$; η^2 parcial=.003).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan fatalismo, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Así mismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un mayor fatalismo que los hombres, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas –ver figura 31- y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,156)=16.250$; $p=.000$; η^2 parcial=.094).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el fatalismo es elevado, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor fatalismo que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa –ver figura 31-, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,156)=4.675$; $p=.032$; η^2 parcial=.029).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos el fatalismo es alto, si bien las mujeres menores de 65 años presentan un fatalismo mayor que en el caso de los hombres más jóvenes, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran un mayor fatalismo que los hombres. Asimismo, los hombres menores de 65 años presentan menor fatalismo que los mayores. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,156)=1.724$; $p=.191$; η^2 parcial=.011).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el fatalismo es considerable en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una ostomía muestran medias mayores que el grupo sin ostomía, independientemente de tener más o menos edad. Se puede apuntar que los menores de 65 años sin ostomía presentan menor fatalismo que los mayores sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,156)=2.159$; $p=.144$; η^2 parcial=.014).

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor fatalismo que los hombres, presentando en los cuatro grupos un fatalismo elevado, así como los no ostomizados presentan menor fatalismo que los ostomizados en ambos grupos. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,156)=1.452$; $p=.230$; η^2 parcial=.009).

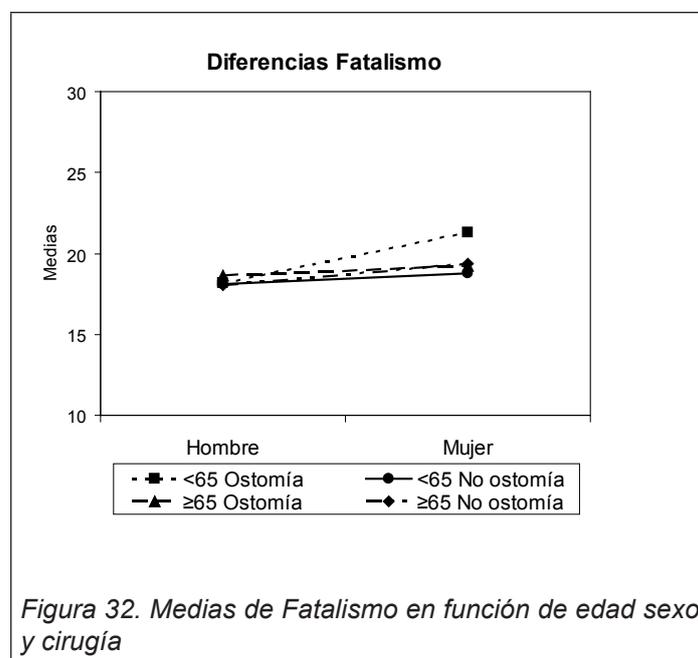
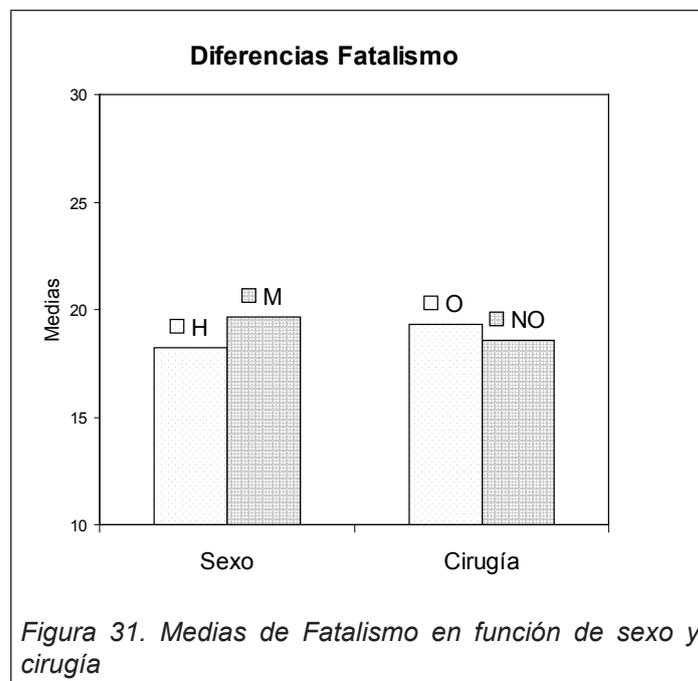
Tabla 44
Diferencias en fatalismo en función de la edad, sexo y cirugía

<i>Fatalismo</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	19.07	2.12	.444	.506	.003
≥65 (n=85)	18.84	2.43			
Sexo					
hombre (n=94)	18.24	2.01	16.250	.000	.094
mujer (n=72)	19.67	2.43			
Cirugía					
ostomía (n=43)	19.34	2.04	4.675	.032	.029
no ostomía (n=123)	18.57	1.88			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	18.13	2.03	1.724	.191	.011
<65-M (n=37)	20.02	2.17			
≥65-H (n=50)	18.36	1.99			
≥65-M (n=35)	19.32	2.65			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	19.72	1.88	2.159	.144	.014
<65-NO (n=59)	18.43	1.87			
≥65-O (n=21)	18.96	2.17			
≥65-NO (n=64)	18.72	1.87			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	18.41	1.86	1.452	.230	.009
H-NO (n=65)	18.07	1.86			
M-O (n=14)	20.26	1.93			
M-NO (n=58)	19.07	1.87			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	18.15	1.85	5.234	.023	.032
<65-H-NO (n=31)	18.11	1.85			
<65-M-O (n=9)	21.28	1.85			
<65-M-NO (n=28)	18.76	1.89			
≥65-H-O (n=16)	18.67	1.85			
≥65-H-NO (n=34)	18.04	1.85			
≥65-M-O (n=5)	19.25	1.85			
≥65-M-NO (n=30)	19.39	1.89			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar –ver figura 32- que en general presentan fatalismo alto, sobre todo en el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, mientras las mujeres menores de 65 años presentan mayor fatalismo que los hombres, independientemente del tipo de

cirugía. En los pacientes iguales o mayores de 65 años, las mujeres presentan más fatalismo que los hombres, independientemente del tipo de cirugía. Además, se ha de apuntar que los hombres ostomizados y mayores de 65 años presentan un valor mayor de fatalismo que el mismo grupo menor de 65 años. La interacción es estadísticamente significativa, con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,156)=5.234$; $p=.023$; η^2 parcial=.032).



b) Evolución del fatalismo en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de fatalismo en los cuatro momentos es elevado, pues su media se encuentra próxima al valor medio de 18.

El patrón del fatalismo descrito, a lo largo del año de evaluación, es un aumento del mismo inicialmente, sobre todo entre los momentos primero y segundo, para estabilizarse a partir de este tercer momento y disminuir a partir de cuarto momento.

Este patrón no produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos de evaluación –ver tabla 46- ($F(2.889,450.690)=.04$; $p=.989$; η^2 parcial=.000).

Tabla 45
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
<i>Fatalismo</i>	.852	24.798	5	.000	.904	.963	.333

Tabla 46
Evolución del fatalismo en los cuatro momentos

<i>Fatalismo</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	18.67	2.47	.04	.989	.000	I-II	1.000
		I-III				1.000	
Evaluación 2	18.73	2.36				I-IV	1.000
		II-III				1.000	
Evaluación 3	18.73	2.49				II-IV	1.000
Evaluación 4	18.65	2.48				III-IV	1.000

c) Evolución del fatalismo en los cuatro momentos de evaluación entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del fatalismo en función de los grupos de edad –ver tabla 47- muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce una variación muy pequeña de la misma en ambos grupos disminuyendo en el último momento. Así mientras, entre la primera y segunda evaluación el fatalismo en los pacientes de menor edad de 65 años aumenta, en los de igual o mayor edad de 65 años disminuye. La tendencia se invierte entre los momentos segundo y tercero. Los valores medios más altos de fatalismo se producen en ambos grupos de edad en diferentes momentos. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(2.889,450.690)=1.35$; $p=.258$; η^2 parcial=.009).

En relación con el sexo, se puede indicar que el fatalismo aumenta en los hombres a lo largo del periodo, disminuyendo en el cuarto momento. En las mujeres se produce una disminución a partir del tercer momento. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren menor fatalismo que las mujeres. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evolución de la interacción del sexo sobre el fatalismo ($F(2.889,450.690)=.68$; $p=.560$; η^2 parcial=.004).

En cuanto a la cirugía, se produce una variación del fatalismo sin presentar una tendencia clara en ambos grupos hasta el cuarto momento en que disminuye. Así, mientras que, en el grupo sin ostomía disminuía desde la segunda evaluación en los ostomizados presentan un aumento del fatalismo en la tercera evaluación, siendo más elevadas las puntuaciones en el cuarto momento de evaluación que inicialmente. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.889,450.690)=.36$; $p=.777$; η^2 parcial=.002).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede observar, en conjunto, que el fatalismo presenta valores más elevados para las mujeres a lo largo de los cuatro momentos de evaluación, disminuyendo progresivamente desde estas puntuaciones más elevadas inicialmente. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años el fatalismo no presenta una tendencia que se pueda observar claramente. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.889,450.690)=.22$; $p=.873$; η^2 parcial=.001).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía, el fatalismo es mayor al inicio y al final en los pacientes menores de 65 años. En el grupo menor de 65 años se produce un incremento en los dos grupos –ostomizados y no ostomizados- entre el primer y el segundo momento, que en el caso de los ostomizados se prolonga hasta el tercer momento y luego en ambos disminuye levemente en el cuarto. En el grupo igual o mayor de 65 años, entre el primer y el segundo momento se produce una disminución para luego incrementarse en los ostomizados hasta el cuarto momento, mientras que en los no ostomizados se incrementa en el tercero y leve disminución en el cuarto momento. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.889,450.690)=.72$; $p=.537$; η^2 parcial=.005).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el segundo momento aumenta el fatalismo en todos los grupos excepto en hombres ostomizados, así como es menor el fatalismo en los cuatro momentos en el grupo de hombres. En las mujeres no ostomizadas disminuye el fatalismo en el tercer momento, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostomizadas –que presentan mayor valor- apenas hay cambios entre los cuatro momentos de evaluación. En los hombres, en el caso de los no ostomizados el incremento del fatalismo es hasta el tercer momento,

mientras que en los ostomizados hay un repunte en el tercer momento. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.889,450.690)=.05$; $p=.982$; η^2 parcial=.000).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 47- el comportamiento es diferente en función del sexo y de la cirugía. De esta forma en el grupo de mujeres de los cuatro grupos presentan puntuaciones mayores de fatalismo a lo largo del periodo de evaluación con mayor puntuación en las pacientes ostomizadas, cuyo fatalismo es menor que las no ostomizadas, y menor en función de mayor edad. En cuanto a los hombres no hay muchas diferencias entre los cuatro grupos a lo largo del año. Además, se ha de apuntar la tendencia en los grupos menores de 65 años a incrementar el fatalismo hasta el segundo o tercer momento de la evaluación, para luego descender. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.889,450.690)=.23$ $p=.872$; η^2 parcial=.001).

Tabla 47

Evolución del fatalismo en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Fatalismo*Edad											
<65 (n=81)	18.45	2.64	18.88	2.35	18.79	2.76	18.65	2.69	1.35	.258	.009
≥65 (n=85)	18.88	2.29	18.60	2.38	18.67	2.20	18.65	2.28			
Fatalismo*Sexo											
hombre (n=94)	18.07	2.37	18.11	2.03	18.31	2.45	18.26	2.36	.68	.560	.004
mujer (n=72)	19.47	2.39	19.57	2.52	19.29	2.44	19.19	2.54			
Fatalismo*Cirugía											
O (n=43)	19.07	2.08	18.95	2.37	19.28	2.30	19.21	2.43	.36	.777	.002
NO (n=123)	18.53	2.59	18.65	2.36	18.53	2.53	18.45	2.48			
Fatalismo*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	17.66	2.49	18.27	2.07	18.30	2.76	18.25	2.65	.22	.873	.001
<65-M (n=37)	19.42	2.53	19.61	2.48	19.39	2.69	19.14	2.69			
≥65-H (n=50)	18.44	2.22	17.96	2.00	18.32	2.16	18.26	2.11			
≥65-M (n=35)	19.53	2.27	19.53	2.60	19.18	2.20	19.24	2.43			
Fatalismo*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	18.95	2.17	19.32	2.53	19.91	2.60	19.55	2.76	.72	.537	.005
<65-NO (n=59)	18.26	2.79	18.71	2.27	18.36	2.73	18.31	2.60			
≥65-O (n=21)	19.19	2.02	18.57	2.18	18.62	1.77	18.86	2.03			
≥65-NO (n=64)	18.78	2.39	18.60	2.45	18.68	2.34	18.59	2.37			
Fatalismo*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	18.38	1.97	18.17	2.04	18.66	1.88	18.55	1.79	.05	.982	.000
H-NO (n=65)	17.94	2.53	18.08	2.04	18.15	2.66	18.12	2.58			
M-O (n=14)	20.50	1.51	20.57	2.24	20.57	2.62	20.57	3.03			
M-NO (n=58)	19.21	2.51	19.32	2.54	18.96	2.31	18.84	2.31			
Fatalismo*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	17.54	1.33	17.92	2.02	18.85	2.12	18.31	1.55	.23	.872	.001
<65-H-NO (n=31)	17.71	2.85	18.42	2.11	18.06	2.99	18.23	3.02			
<65-M-O (n=9)	21.00	1.32	21.33	1.73	21.44	2.56	21.33	3.20			
<65-M-NO (n=28)	18.89	2.64	19.04	2.44	18.70	2.40	18.41	2.08			
≥65-H-O (n=16)	19.06	2.18	18.38	2.09	18.50	1.71	18.75	1.98			
≥65-H-NO (n=34)	18.15	2.22	17.76	1.96	18.24	2.36	18.03	2.15			
≥65-M-O (n=5)	19.60	1.52	19.20	2.59	19.00	2.12	19.20	2.39			
≥65-M-NO (n=30)	19.52	2.40	19.59	2.64	19.21	2.24	19.24	2.47			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Negación

a) *Diferencias en la negación entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 48- que en función de la edad en ambos grupos la negación no es excesiva. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una negación más baja que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas no estadísticamente significativas ($F(1,158)=.728$; $p=.395$; η^2 parcial=.005).

Respecto al sexo, ambos grupos no presentan excesiva negación, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una mayor negación que los hombres, como se puede ver en la figura 33, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=21.186$; $p=.000$; η^2 parcial=.118).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la negación no es excesiva, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor negación que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa –ver figura 33-, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=4.879$; $p=.029$; η^2 parcial=.030).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos la negación no es excesiva, si bien los hombres y las mujeres igual o mayores de 65 años presentan una negación mayor que en el caso de los menores de 65 años. Las mujeres en ambos grupos de edad muestran una mayor negación que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.003$; $p=.955$; η^2 parcial=.000).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que la negación no es excesiva en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes ostomizados muestran medias mayores de negación que el grupo de pacientes no ostomizados. Asimismo, los pacientes igual o mayores de 65 años manifiestan mayor negación que los pacientes menores de 65 años, en el caso de los no ostomizados. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.455$; $p=.230$; η^2 parcial=.009).

Tabla 48
Diferencias en negación en función de la edad, sexo y cirugía

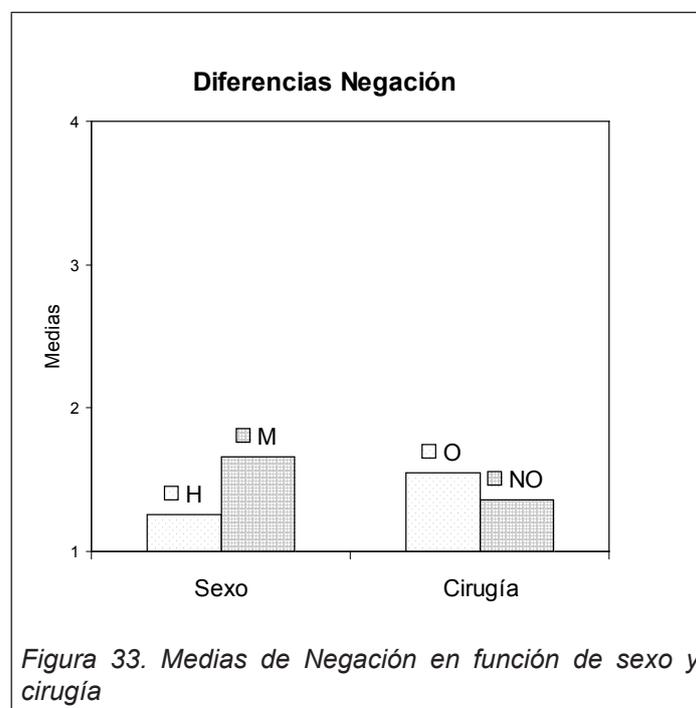
Negación	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	1.42	.51	.728	.395	.005
≥65 (n=85)	1.50	.59			
Sexo					
hombre (n=94)	1.26	.49	21.186	.000	.118
mujer (n=72)	1.66	.59			
Cirugía					
ostomía (n=43)	1.55	0.50	4.879	.029	.030
no ostomía (n=123)	1.36	0.46			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	1.22	0.50	.003	.955	.000
<65-M (n=37)	1.62	0.53			
≥65-H (n=50)	1.30	0.48			
≥65-M (n=35)	1.69	0.64			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	1.57	0.46	1.455	.230	.009
<65-NO (n=59)	1.28	0.46			
≥65-O (n=21)	1.54	0.53			
≥65-NO (n=64)	1.45	0.45			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	1.29	0.45	2.420	.122	.015
H-NO (n=65)	1.23	0.45			
M-O (n=14)	1.82	0.47			
M-NO (n=58)	1.50	0.45			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	1.25	0.45	1.449	.230	.009
<65-H-NO (n=31)	1.19	0.45			
<65-M-O (n=9)	1.89	0.45			
<65-M-NO (n=28)	1.36	0.46			
≥65-H-O (n=16)	1.33	0.45			
≥65-H-NO (n=34)	1.27	0.45			
≥65-M-O (n=5)	1.75	0.45			
≥65-M-NO (n=30)	1.63	0.44			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con cirugía, se puede observar que las mujeres registran mayor negación que los hombres, sin presentar en los cuatro grupos una excesiva negación. Asimismo, las medias de negación son mayores en los pacientes ostomizados que los no ostomizados en sus respectivos grupos de sexo. No se ha hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(1,158)=2.420$; $p=.122$; η^2 parcial=.015).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesiva negación. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años y mujeres presentan una mayor negación, sobre todo en el caso de las mujeres ostomizadas. En el grupo de mayores de 65 años, las mujeres tanto ostomizadas como no ostomizadas la negación es mayor que en el grupo de hombres, así

como las mujeres ostomizadas presentan una mayor negación que las no ostomizadas. En el caso de los hombres los que presentan una menor puntuación media en negación son los hombres menores de 65 años y no ostomizados. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=1.449$; $p=.230$; η^2 parcial=.009).



b) Evolución de la negación en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de negación en los cuatro momentos no es muy alto, con una variabilidad alta. El patrón de la negación descrito, a lo largo del año de evaluación, es una reducción del mismo, a lo largo de todo el periodo de evaluación.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.890,456.623)=3.35$; $p=.020$; η^2 parcial=.021), como se puede apreciar en la tabla 50 y figura 34.

Tabla 49
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Negación	.856	24.405	5	.000	.905	.963	.333

Tabla 50
Evolución de la negación en los cuatro momentos (n=166)

Negación	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	1.51	0.74	3.35	.020	.021	I-II	1.000
Evaluación 2	1.45	0.72				I-III	1.000
						I-IV	.087
Evaluación 3	1.36	0.68				II-III	1.000
			II-IV	.065			
Evaluación 4	1.25	0.58			III-IV	.718	

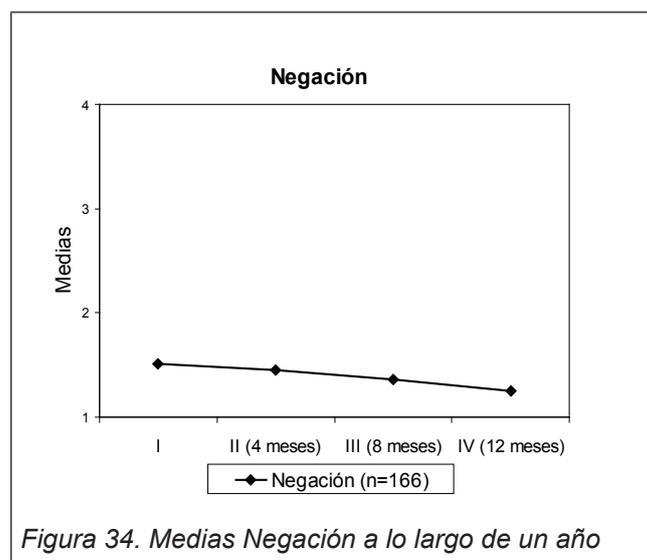


Figura 34. Medias Negación a lo largo de un año

c) Evolución de la negación en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución de la negación en función de los grupos de edad –ver tabla 51- muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce una disminución de la misma en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el segundo momento se produce un ligero aumento. Los valores medios más altos de negación se producen en el grupo igual o mayor de 65 años. Las diferencias halladas no son estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=.29$; $p=.823$; η^2 parcial=.002).

En cuanto al sexo, se puede indicar que la negación se reduce en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en las mujeres se produce un ligero incremento en el segundo momento de evaluación. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren menor negación que las mujeres a lo largo del año de evaluación. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=2.45$; $p=.065$; η^2 parcial=.015).

En relación con la cirugía, se produce una disminución de la negación en ambos grupos hasta el cuarto momento. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados

muestran una menor negación en los cuatro momentos de evaluación, así como una mayor reducción de la misma a lo largo del periodo estudiado. No se han producido diferencias estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=.75$; $p=.519$; η^2 parcial=.005).

Si observamos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que la negación disminuye en los cuatro momentos. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres de menos de 65 años se incrementa en el segundo momento, así como en el grupo de hombres igual o mayores de 65 años, se incrementa ligeramente en el tercer momento para disminuir en el cuarto. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años la negación disminuye en los cuatro momentos y en ambos sexos. Además, en las mujeres del grupo de mayor edad la negación es mayor que en los hombres del mismo grupo, lo que ocurre igual en el caso de los menores de 65 años. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.890,456.623)=.03$; $p=.992$; η^2 parcial=.000).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la negación disminuye a lo largo del todo el periodo en los cuatro grupos. En los pacientes menores de 65 años y ostomizados se incrementa la negación en el tercer momento, y en los menores y no ostomizados se incrementa en el segundo momento, reduciéndose luego en ambos grupos. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, la negación se reduce, sobre todo en el grupo de pacientes no ostomizados. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=.64$ $p=.586$; η^2 parcial=.004).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el cuarto momento disminuye la negación, así como es menor la negación en el grupo de hombres. Los hombres no ostomizados presentan medias más bajas en negación. En las mujeres no ostomizadas disminuye la negación en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostomizadas –que presentan mayor valor- se produce un fuerte incremento de la negación en el segundo momento. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=.99$; $p=.393$; η^2 parcial=.006).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 51- el comportamiento es diferente. De esta forma en el grupo de mujeres se produce una disminución de la negación a lo largo del periodo con mayor incidencia en las pacientes no ostomizadas e igual o mayores de 65 años, cuya negación es mayor que las ostomizadas, y mayor en función de mayor edad, a excepción de las mujeres menores de 65 años y ostomizadas, que incrementan su negación en el segundo momento para reducir después entre el tercer y cuarto momento de evaluación. En cuanto a los hombres mayores de 65 años la negación disminuye a lo largo del periodo de evaluación, siendo las medias algo mayores en los ostomizados. En los hombres menores

Tabla 51

Evolución de la negación en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η ² parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Negación*Edad											
<65 (n=81)	1.38	0.70	1.43	0.72	1.30	0.62	1.23	0.53	.29	.823	.002
≥65 (n=85)	1.62	0.76	1.46	0.72	1.41	0.73	1.26	0.62			
Negación*Sexo											
hombre (n=94)	1.38	0.67	1.24	0.54	1.21	0.62	1.17	0.52	2.45	.065	.015
mujer (n=72)	1.67	0.79	1.71	0.83	1.54	0.71	1.35	0.63			
Negación*Cirugía											
O (n=43)	1.53	0.77	1.47	0.67	1.47	0.67	1.42	0.70	.75	.519	.005
NO (n=123)	1.50	0.73	1.44	0.74	1.32	0.68	1.19	0.52			
Negación*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	1.32	0.64	1.25	0.58	1.14	0.51	1.14	0.41	.03	.992	.000
<65-M (n=37)	1.46	0.77	1.65	0.82	1.49	0.69	1.35	0.63			
≥65-H (n=50)	1.44	0.71	1.24	0.52	1.28	0.70	1.20	0.61			
≥65-M (n=35)	1.89	0.76	1.77	0.84	1.60	0.74	1.34	0.64			
Negación*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	1.55	0.86	1.50	0.74	1.55	0.74	1.45	0.67	.64	.586	.004
<65-NO (n=59)	1.32	0.63	1.41	0.72	1.20	0.55	1.15	0.45			
≥65-O (n=21)	1.52	0.68	1.43	0.60	1.38	0.59	1.38	0.74			
≥65-NO (n=64)	1.66	0.78	1.47	0.76	1.42	0.77	1.22	0.58			
Negación*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	1.41	0.73	1.17	0.38	1.28	0.65	1.31	0.66	.99	.393	.006
H-NO (n=65)	1.37	0.65	1.28	0.60	1.18	0.61	1.11	0.44			
M-O (n=14)	1.79	0.80	2.07	0.73	1.86	0.54	1.64	0.75			
M-NO (n=58)	1.64	0.79	1.62	0.83	1.47	0.73	1.28	0.59			
Negación*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	1.31	0.75	1.08	0.28	1.31	0.75	1.31	0.63	1.31	.271	.008
<65-H-NO (n=31)	1.32	0.60	1.32	0.65	1.06	0.36	1.06	0.25			
<65-M-O (n=9)	1.89	0.93	2.11	0.78	1.89	0.60	1.67	0.71			
<65-M-NO (n=28)	1.32	0.67	1.50	0.79	1.36	0.68	1.25	0.59			
≥65-H-O (n=16)	1.50	0.73	1.25	0.45	1.25	0.58	1.31	0.70			
≥65-H-NO (n=34)	1.41	0.70	1.24	0.55	1.29	0.76	1.15	0.56			
≥65-M-O (n=5)	1.60	0.55	2.00	0.71	1.80	0.45	1.60	0.89			
≥65-M-NO (n=30)	1.93	0.79	1.73	0.87	1.57	0.77	1.30	0.60			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

de 65 años en que disminuye la negación y se mantiene igual prácticamente en el grupo de ostomizados, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.890,456.623)=1.31$; $p=.271$; η^2 parcial=.008).

Calidad de Vida (CV)

a) *Diferencias en la calidad de vida entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede apreciar –ver tabla 52- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias de la CV son elevadas. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes iguales o mayores de 65 años muestran una CV más alta que los pacientes con una edad menor a 65 años, como se puede observar –ver figura 35-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=4.076$; $p=.045$; η^2 parcial=.025).

Referente al sexo, ambos grupos presentan elevada calidad de vida. Asimismo, se ha de apuntar que los hombres muestran una mayor CV que las mujeres, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas –ver figura 35- y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=5.879$; $p=.016$; η^2 parcial=.036).

Respecto a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la CV sea alta, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan una menor CV que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa –ver figura 35-, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=10.739$; $p=.001$; η^2 parcial=.064).

Si consideramos la interacción entre los tres factores edad, sexo y cirugía, se puede apreciar que en la interacción edad y sexo en todos los casos la CV es bastante elevado, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una CV menor que en el caso de los mayores de 65 años. Asimismo, las mujeres en ambos grupos de edad muestran una menor CV que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.107$; $p=.744$; η^2 parcial=.001).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes ostomizados presentan una CV menor que en el caso de los pacientes no colostomizados. Los menores de 65 años en ambos grupos de edad muestran una menor CV que los de igual o mayores de 65 años. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.644$; $p=.423$; η^2 parcial=.004).

En la interacción de sexo con cirugía, se puede observar que las mujeres registran menor CV que los hombres en ambos grupos atendiendo al tipo de cirugía, así como los ostomizados menor que los no ostomizados. Los hombres no ostomizados presentan la mejor puntuación de CV de los cuatro grupos, por el contrario las mujeres ostomizadas son las que presentan peor calidad de vida. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.467$; $p=.228$; η^2 parcial=.009).

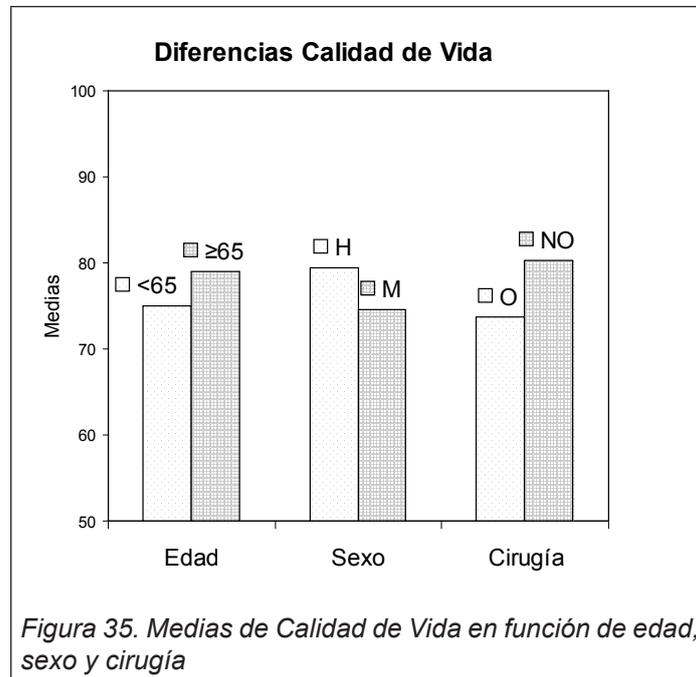
Tabla 52
Diferencias en calidad de vida en función de la edad, sexo y cirugía

Calidad de vida	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	74.99	11.93	4.076	.045	.025
≥65 (n=85)	79.03	13.78			
Sexo					
hombre (n=94)	79.43	11.40	5.879	.016	.036
mujer (n=72)	74.59	13.71			
Cirugía					
ostomía (n=43)	73.73	11.54	10.739	.001	.064
no ostomía (n=123)	80.28	10.52			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	77.74	11.49	.107	.744	.001
<65-M (n=37)	72.24	12.22			
≥65-H (n=50)	81.12	11.24			
≥65-M (n=35)	76.93	14.99			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	70.91	10.67	.644	.423	.004
<65-NO (n=59)	79.07	10.50			
≥65-O (n=21)	76.55	12.31			
≥65-NO (n=64)	81.50	10.51			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	77.37	10.55	1.467	.228	.009
H-NO (n=65)	81.50	10.49			
M-O (n=14)	70.10	10.94			
M-NO (n=58)	79.07	10.50			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	76.33	10.48	2.116	.148	.013
<65-H-NO (n=31)	79.15	10.49			
<65-M-O (n=9)	65.50	10.48			
<65-M-NO (n=28)	78.98	10.49			
≥65-H-O (n=16)	78.41	10.49			
≥65-H-NO (n=34)	83.84	10.48			
≥65-M-O (n=5)	74.70	10.49			
≥65-M-NO (n=30)	79.16	10.48			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan buena calidad de vida. En esta interacción, en función del tipo de cirugía los ostomizados presentan una peor calidad de vida, sobre todo en el caso de las mujeres con ostomía y menores de 65 años. En el grupo de mayores de 65 años,

tanto en los hombres como en las mujeres no ostomizados la CV es mayor que en los ostomizados, así como las mujeres y hombres menores de 65 años presentan una peor



b) Evolución de la calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación

Las medias de CV en los cuatro momentos son altas, pues su media se encuentra por encima de 75 con un rango de puntuación de la CV global de 0 a 100. El patrón de la CV descrito, a lo largo del año de evaluación, muestra una puntuación más baja inicialmente con una ligera reducción de la misma en el segundo momento. Posteriormente en el tercero y cuarto momento de evaluación se produce un incremento importante.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mediano ($F(2.867,453.045)=16.57$; $p=.000$; η^2 parcial=.095). La explicación de las mismas es por las distancias entre el primer momento de evaluación con el tercero y el cuarto; y el segundo con el tercero y cuarto también –ver tabla 54 y figura 36-.

Tabla 53
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Calidad de vida	.818	31.500	5	.000	.898	.956	.333

Tabla 54
Evolución de la calidad de vida en los cuatro momentos (n=166)

Calidad de vida	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	75.68	14.17	16.57	.000	.095	I-II	1.000
Evaluación 2	75.07	16.00				I-III	.000
						I-IV	.000
Evaluación 3	81.72	13.29				II-III	.000
Evaluación 4	83.19	13.92	II-IV	.000			
						III-IV	1.000

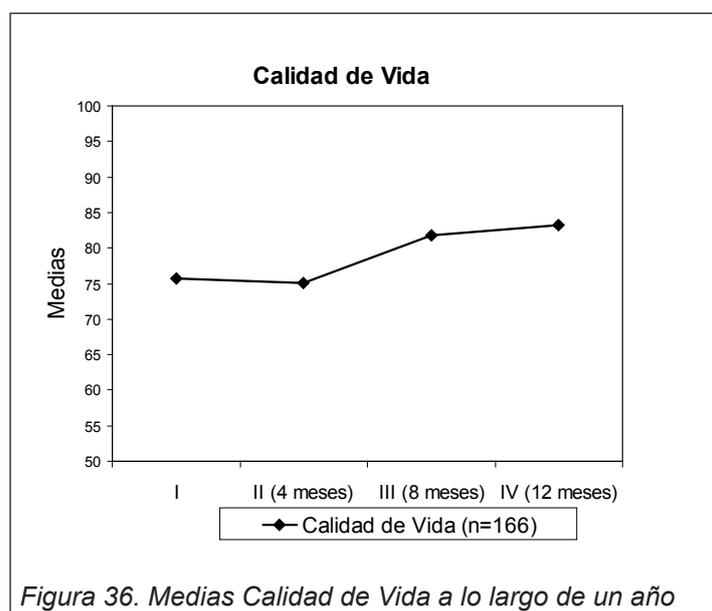


Figura 36. Medias Calidad de Vida a lo largo de un año

c) Evolución de la calidad de vida en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

En primer lugar, la evolución de la CV en función de los grupos de edad –ver tabla 55- se observa que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento de la misma en ambos grupos – sobre todo en el momento tercero de la evaluación habiendo finalizado los tratamientos-, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el segundo y cuarto momento se produce un ligero descenso. Los valores medios más altos de CV se producen en el grupo de mayores de 65 años. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=1.28$; $p=.279$; η^2 parcial=.008).

En relación con el sexo, se puede indicar que la CV se reduce en ambos grupos entre el primer y el segundo momento para producir un incremento en los otros, sobre todo hay un incremento de la CV en la tercera evaluación y se mantiene en el cuarto

momento de medición. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mejor CV que las mujeres. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=.46$; $p=.700$; η^2 parcial=.003).

En cuanto a la cirugía, se produce un aumento de la CV en ambos grupos, si bien en los pacientes no ostomizados entre el primer y el segundo momento decrece. En los pacientes ostomizados, se incrementa la CV hasta el tercer trimestre, disminuyendo en el cuarto. Se ha de apuntar que los pacientes ostomizados muestran una menor CV en los cuatro momentos de evaluación. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=1.46$; $p=.226$; η^2 parcial=.009).

Si consideramos la interacción del sexo y la edad se puede apuntar, en conjunto, que la CV aumenta en los cuatro momentos. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres de menos de 65 años es el que presenta peor CV a lo largo de todo el periodo de evaluación y una disminución entre el tercer momento y el cuarto. En cuanto al grupo de mujeres edad de igual o mayor de 65 años la CV disminuye en la segunda evaluación y a partir de la tercera se va incrementando. En los hombres del grupo de menor edad la CV es mayor a partir del tercer momento, para continuar incrementándose en la cuarta evaluación. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=.59$; $p=.613$; η^2 parcial=.004).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la CV tiene un aumento entre el primer y el cuarto momento en los cuatro grupos. En los pacientes menores de 65 años la CV es menor, sobre todo en los pacientes ostomizados. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, la CV es mayor, sobre todo en el grupo de pacientes no ostomizados. Se ha de apuntar que en los pacientes ostomizados en el cuarto momento se produce un ligero descenso –menores de 65 años- o se estabiliza –mayor de 65 años-. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=.77$; $p=.507$; η^2 parcial=.005).

De la interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el segundo y el tercer momento aumenta la calidad de vida, a excepción del grupo de hombres no ostomizados que muestran una disminución de la CV en el segundo momento de evaluación. Asimismo, es menor la CV en los cuatro momentos en el grupo de mujeres. En las mujeres, tanto ostomizadas como no, se estabiliza a partir del tercer momento, con un menor valor en las ostomizadas. En los hombres no ostomizados la CV es mayor, aunque en los hombres ostomizados –que presentan menor valor- se produce un fuerte incremento de la CV en el segundo momento, para reducirse ligeramente en el cuarto. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=.33$; $p=.798$; η^2 parcial=.002).

Tabla 55
Evolución CV en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
CV*Edad											
<65 (n=81)	74.40	14.09	74.15	14.85	80.01	14.14	79.94	14.90	1.28	.279	.008
≥65 (n=85)	76.91	14.21	75.95	17.07	83.35	12.29	86.29	12.22			
CV*Sexo											
hombre (n=94)	77.61	12.97	76.87	14.83	82.24	12.23	84.60	12.83	.46	.700	.003
mujer (n=72)	73.17	15.32	72.72	17.24	81.04	14.62	81.36	15.12			
CV*Cirugía											
O (n=43)	69.72	11.76	73.37	15.60	78.12	14.21	77.37	14.99	1.46	.226	.009
NO (n=123)	77.76	14.39	75.67	16.16	82.98	12.77	85.23	12.99			
CV*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	76.75	13.12	74.50	15.17	80.52	12.29	81.50	13.09	.59	.613	.004
<65-M (n=37)	71.59	14.86	73.73	14.66	79.41	16.22	78.08	16.80			
≥65-H (n=50)	78.36	12.92	78.96	14.34	83.76	12.10	87.32	12.07			
≥65-M (n=35)	74.83	15.84	71.66	19.77	82.77	12.71	84.83	12.44			
CV*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	69.09	12.36	69.86	16.36	75.05	17.14	73.59	14.75	.77	.507	.005
<65-NO (n=59)	76.37	14.28	75.75	14.06	81.86	12.51	82.31	14.37			
≥65-O (n=21)	70.38	11.36	77.05	14.22	81.33	9.72	81.33	14.52			
≥65-NO (n=64)	79.05	14.48	75.59	17.99	84.02	13.02	87.92	11.01			
CV*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	72.45	10.41	76.72	15.33	80.90	12.30	79.83	14.93	.33	.798	.002
H-NO (n=65)	79.91	13.40	76.94	14.72	82.85	12.25	86.72	11.25			
M-O (n=14)	64.07	12.74	66.43	14.26	72.36	16.54	72.29	14.29			
M-NO (n=58)	75.36	15.17	74.24	17.66	83.14	13.44	83.55	14.60			
CV*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	73.46	10.08	74.15	16.72	79.77	14.17	77.92	14.93	.14	.935	.001
<65-H-NO (n=31)	78.13	14.12	74.65	14.76	80.84	11.65	83.00	12.19			
<65-M-O (n=9)	62.78	13.14	63.67	14.50	68.22	19.53	67.33	12.74			
<65-M-NO (n=28)	64.43	14.46	76.96	13.40	81.54	16.65	81.54	16.65			
≥65-H-O (n=16)	71.62	10.92	78.81	14.30	81.81	10.95	81.38	15.24			
≥65-H-NO (n=34)	81.53	12.70	79.03	14.58	84.68	12.66	90.12	9.26			
≥65-M-O (n=5)	66.40	13.12	71.40	13.86	79.80	4.38	81.20	13.57			
≥65-M-NO (n=30)	76.23	16.01	71.70	20.78	83.27	13.60	85.43	12.39			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 55- el comportamiento es diferente, mostrando las mujeres una menor CV y ésta es más acusada en mujeres menores de 65 años. En el grupo de mujeres ostomizadas menores de 65 años presentan la peor calidad de vida, produciéndose un aumento de la CV en el segundo y tercer momento de evaluación para tener una ligera disminución al final de la misma. En cuanto a los hombres no ostomizados, disminuye la CV en la segunda evaluación, incrementándose posteriormente en la tercera y cuarta medición. En general en todos grupos se incrementa la CV entre el tercer y cuarto momento, con mayor incidencia en el grupo de hombres no ostomizados. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.867,453.045)=.14$; $p=.935$; η^2 parcial=.001).

Funcionamiento Físico

a) Diferencias en el funcionamiento físico entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar – ver tabla 56- que en función de la edad en ambos grupos el funcionamiento físico es elevado. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento físico más bajo que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, no siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.391$; $p<.240$; η^2 parcial=.009).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan un alto funcionamiento físico, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un peor funcionamiento físico que los hombres, como se puede apreciar –ver figura 37-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=8.226$; $p<.005$; η^2 parcial=.049).

En el caso de la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el funcionamiento físico es bueno, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan un peor funcionamiento físico que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=1.959$; $p<.005$; η^2 parcial=.049).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en general todos los casos el funcionamiento físico es elevado dado que la media de las puntuaciones es de 80 o más. Las mujeres menores de 65 años presentan un funcionamiento físico peor que en el caso de las mujeres mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran un peor funcionamiento físico que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.442$; $p<.232$; η^2 parcial=.009).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el funcionamiento físico es alto en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una edad menor a 65 años con ostomía muestran medias menores que el resto de los grupos. Asimismo, los pacientes menores de 65 años sin ostomía manifiestan mayor funcionamiento físico que los demás grupos y que pacientes con ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.994$; $p<.160$; η^2 parcial=.012).

Tabla 56
Diferencias en funcionamiento físico (F.Físico) en función de la edad, sexo y cirugía

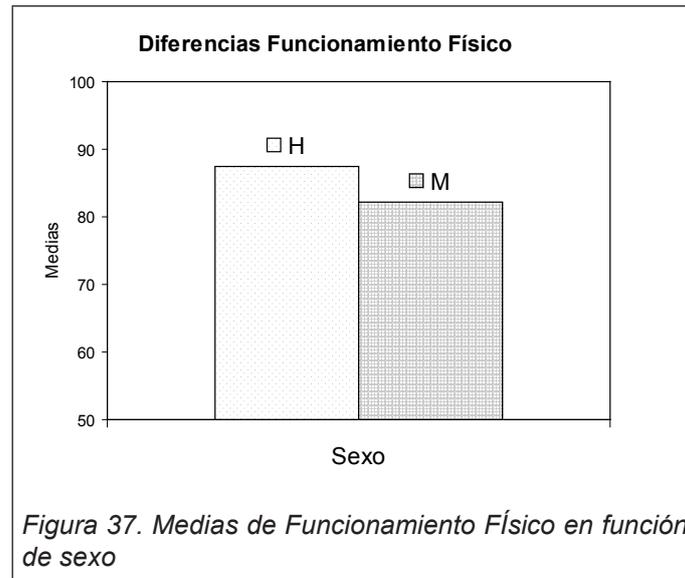
F.Físico	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	83.80	10.92	1.391	.240	.009
≥65 (n=85)	85.95	12.60			
Sexo					
hombre (n=94)	87.50	10.42	8.226	.005	.049
mujer (n=72)	82.25	12.54			
Cirugía					
ostomía (n=43)	83.60	10.55	1.959	.164	.012
no ostomía (n=123)	86.15	9.62			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	87.52	10.51	1.442	.232	.009
<65-M (n=37)	80.08	11.17			
≥65-H (n=50)	87.48	10.28			
≥65-M (n=35)	84.43	13.70			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	81.23	9.75	1.994	.160	.012
<65-NO (n=59)	86.37	9.60			
≥65-O (n=21)	85.96	11.26			
≥65-NO (n=64)	85.94	9.60			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	86.18	9.64	.001	.971	.000
H-NO (n=65)	88.81	9.60			
M-O (n=14)	81.01	10.00			
M-NO (n=58)	83.50	9.59			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	86.54	9.59	3.167	.077	.020
<65-H-NO (n=31)	88.49	9.59			
<65-M-O (n=9)	75.92	9.59			
<65-M-NO (n=28)	84.24	9.59			
≥65-H-O (n=16)	85.83	9.59			
≥65-H-NO (n=34)	89.13	9.59			
≥65-M-O (n=5)	86.10	9.59			
≥65-M-NO (n=30)	82.76	9.59			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que los hombres registran mayor funcionamiento físico que las mujeres, independientemente del tipo de cirugía, y los pacientes sin ostomía mayor puntuación que los con ostomía. Asimismo se observa que en los cuatro grupos hay puntuaciones elevadas de funcionamiento físico con una media por encima de 81. En el caso, las mujeres ostomizadas son las que presentan una peor puntuación en la variable funcionamiento físico y la mejor los hombres ostomizados. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.001$; $p<.971$; η^2 parcial=.000).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan elevado funcionamiento físico, salvo el grupo de mujeres con ostomía

y menores de 65 años que presentan peores puntuaciones en funcionamiento físico. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años y hombres presentan un mayor funcionamiento físico, sobre todo en el caso de los hombres no ostomizados. En el grupo de mayores de 65 años, los hombres no ostomizados presentan mejor funcionamiento físico que los ostomizados, por el contrario las mujeres ostomizadas presentan un mayor funcionamiento físico que las no ostomizadas. Las interacciones no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.167$; $p<.077$; η^2 parcial=.020).



b) Evolución del funcionamiento físico en los cuatro momentos de evaluación

Las medias del funcionamiento físico en los cuatro momentos son altas, pues su media se encuentra por encima de 80 en un rango de puntuación de 0 a 100.

El patrón del funcionamiento físico descrito, a lo largo del año de evaluación, tiene una puntuación más baja inicialmente con un incremento importante en el segundo y tercer momento de evaluación y en el cuarto momento de evaluación se mantiene.

Tabla 57
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Funcionamiento físico	.954	7.319	5	.198	.971	1.000	.333

Tabla 58
Evolución del funcionamiento físico (F.Físico) en los cuatro momentos

F.Físico	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	81.57	12.85	14.646	.000	.085	I-II	.003
Evaluación 2	84.66	13.17				I-III	.000
						I-IV	.000
Evaluación 3	88.06	13.07				II-III	.170
Evaluación 4	88.53	12.20	II-IV	.119			
						III-IV	1.000

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mediano ($F(3,474)=14.646$; $p<.000$; η^2 parcial=.085). La explicación de las mismas es porque las distancias son estadísticamente significativas entre el primer momento de evaluación con el segundo, el tercero y el cuarto –ver tabla 58 y figura 38-.

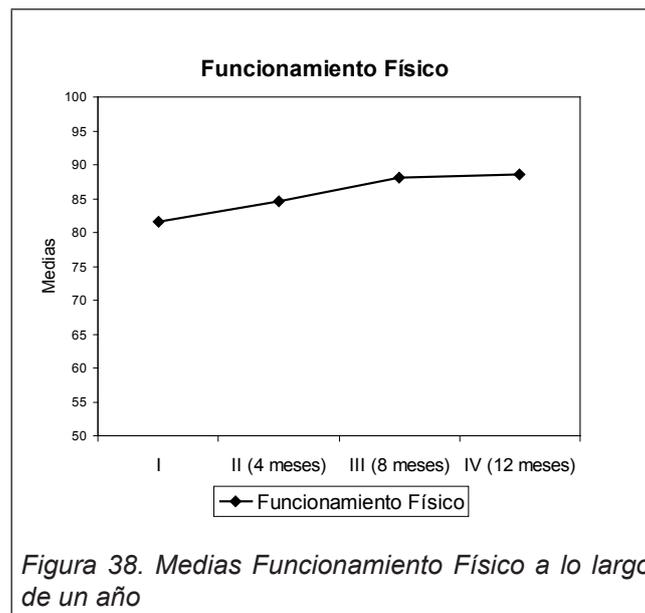


Figura 38. Medias Funcionamiento Físico a lo largo de un año

c) Evolución del funcionamiento físico en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del funcionamiento físico en función de los grupos de edad que se puede apreciar –ver tabla 59- muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento del mismo en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el cuarto momento se produce una ligera disminución. Los valores medios más altos de funcionamiento físico se producen en el grupo de igual o mayores de 65 años. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(3,474)=.77$; $p<.513$; η^2 parcial=.005).

En relación con el sexo, se puede indicar que el funcionamiento físico aumenta en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en las mujeres se produce un ligero descenso en el cuarto periodo. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren un mejor funcionamiento físico que las mujeres. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.61$; $p<.610$; η^2 parcial=.004).

En cuanto a la cirugía, se produce un aumento del funcionamiento físico en ambos grupos, si bien en los pacientes ostomizados es hasta el tercer momento, pues en el cuarto momento se produce un descenso. Se ha de apuntar que los pacientes ostomizados muestran un peor funcionamiento físico que los ostomizados. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.53$; $p<.207$; η^2 parcial=.010).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que el funcionamiento físico aumenta en los cuatro momentos en casi todos los grupos, salvo en el grupo de mujeres de menos de 65 años en que disminuye la puntuación de funcionamiento físico en el cuarto momento. Además, en los hombres del grupo de mayor edad el funcionamiento físico es mayor que en las mujeres, lo que ocurre igual en el caso de los hombres menores de 65 años cuyas puntuaciones son mayores que las de las mujeres más jóvenes. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.01$; $p<.390$; η^2 parcial=.006).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el funcionamiento físico aumenta en los cuatros momentos de evaluación en tres grupos, excepto los menores de 65 años ostomizados que en el cuarto momento de evaluación decrece. Además en ambos grupos de edad, los pacientes no ostomizados presentan unos valores superiores a los ostomizados. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.07$; $p=.976$; η^2 parcial=.000).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el segundo momento aumenta el funcionamiento físico, sobre todo para los pacientes ostomizados, así como es mayor el funcionamiento físico en los cuatro momentos en el grupo de hombres que en el de las mujeres. En los hombres, tanto ostomizados como no, se estabiliza a partir del segundo y tercer momento, con un mayor valor en los no ostomizados en el tercer y cuarto momento de evaluación. En las mujeres no ostomizadas aumenta el funcionamiento físico en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostomizadas –que presentan menor valor- se produce un descenso del funcionamiento físico en el cuarto momento. Sin embargo, las diferencias descritas no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.44$; $p<.726$; η^2 parcial=.003).

Tabla 59

Evolución del funcionamiento físico (FF) en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η ² parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
F.Físico*Edad											
<65 (n=81)	80.99	13.35	85.01	12.52	87.85	12.00	87.40	13.78	.77	.513	.005
≥65 (n=85)	82.12	12.41	84.33	13.83	88.26	14.09	89.61	10.45			
F.Físico*Sexo											
hombre (n=94)	84.03	12.48	86.68	12.49	89.93	11.26	91.35	9.35	.61	.610	.004
mujer (n=72)	78.35	12.69	82.03	13.65	85.63	14.84	84.85	14.40			
F.Físico *Cirugía											
O (n=43)	78.51	13.51	85.47	10.79	86.40	12.36	85.63	13.00	1.53	.207	.010
NO (n=123)	82.63	12.49	84.38	13.94	88.64	13.31	89.54	11.80			
F.Físico*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	84.11	13.60	87.11	11.85	89.66	11.80	90.77	10.10	1.01	.390	.006
<65-M (n=37)	77.27	12.20	82.51	13.00	85.70	12.03	83.38	16.42			
≥65-H (n=50)	83.96	11.55	86.30	13.14	90.16	10.88	91.86	8.72			
≥65-M (n=35)	79.49	13.28	81.51	14.47	85.54	17.51	86.40	11.93			
F.Físico*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	76.73	13.85	83.64	11.33	85.05	13.61	83.36	15.61	.07	.976	.000
<65-NO (n=59)	82.58	12.92	85.53	12.99	88.90	11.28	88.90	12.85			
≥65-O (n=21)	80.38	13.22	87.38	10.11	87.81	11.06	88.00	9.37			
≥65-NO (n=64)	82.69	12.19	83.33	14.78	88.41	15.02	90.14	10.80			
F.Físico*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	81.45	11.49	87.45	9.50	87.28	13.65	88.41	9.20	.44	.726	.003
H-NO (n=65)	85.18	12.82	86.34	13.67	91.11	9.91	92.66	9.19			
M-O (n=14)	72.43	15.70	81.36	12.44	84.57	9.33	79.86	17.62			
M-NO (n=58)	79.78	11.57	82.19	14.02	85.88	15.94	86.05	13.40			
F.Físico*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	82.77	9.70	86.38	10.28	86.85	15.30	90.15	7.48	1.85	.137	.012
<65-H-NO (n=31)	84.68	15.05	87.42	12.59	90.84	10.05	91.03	11.11			
<65-M-O (n=9)	68.00	14.75	79.67	12.19	82.44	11.06	73.56	19.30			
<65-M-NO (n=28)	80.25	9.81	83.43	13.34	86.75	12.33	86.54	14.38			
≥65-H-O (n=16)	80.38	12.98	88.31	9.06	87.63	12.66	87.00	10.42			
≥65-H-NO (n=34)	85.65	10.60	85.35	14.71	91.35	9.92	94.15	6.84			
≥65-M-O (n=5)	80.40	15.57	84.40	13.72	88.40	3.13	91.20	3.83			
≥65-M-NO (n=30)	79.33	13.16	81.03	14.76	85.07	18.88	85.60	12.66			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 59- el comportamiento es diferente. De esta forma en el grupo de hombres se produce un aumento del funcionamiento físico a lo largo del periodo con mayor incidencia en la segunda evaluación en los pacientes ostomizados, cuyo funcionamiento físico es menor que los no ostomizados, y mejor funcionamiento físico en función de mayor edad y no ostomizados. En cuanto a las mujeres, a excepción del grupo de edad menor de 65 años en que disminuye el funcionamiento físico en el último momento de evaluación, en los otros tres grupos se incrementa entre el primer y segundo momento sobre todo, con mayor incidencia en el grupo de mujeres ostomizadas. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.85$; $p=.137$; η^2 parcial=.012).

Rol

a) Diferencias en el rol entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 60- que en función de la edad en ambos grupos el rol es elevado. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un rol más bajo que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, como se puede ver en la figura 39, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=7.947$; $p=.005$; η^2 parcial=.048).

Referente al sexo, ambos grupos presentan puntuaciones medias elevadas en la subescala de rol, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que los hombres muestran un mayor rol que las mujeres, aunque no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.435$; $p=.233$; η^2 parcial=.009).

Respecto a la cirugía, los valores medios sugieren que el rol es elevado en los pacientes no ostomizados, los pacientes que presentan ostomía manifiestan menores puntuaciones de rol que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=15.655$; $p=.000$; η^2 parcial=.090).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos la puntuación en el rol es elevada, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan un rol menor que en el caso de los mayores de 65 años. Las mujeres en ambos grupos de edad muestran un menor rol que los hombres. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.307$; $p=.581$; η^2 parcial=.002).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el rol es elevado en general en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con ostomía muestran medias menores que el grupo sin colostomía, independientemente del grupo de edad. Asimismo, los pacientes mayores de 65 años sin ostomía son los que manifiestan mayor rol que los demás pacientes, como se puede apreciar en la figura 40, así como los pacientes con ostomía menores de 65 años presentan la menor puntuación en el rol. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=4.589$; $p=.034$; η^2 parcial=.028).

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que los pacientes no ostomizados registran mayor rol que los ostomizados independientemente del sexo. Esto se debe a que los hombres y mujeres sin ostomía declaran un rol ligeramente superior que con ostomía. En el caso de las mujeres manifiestan un rol mucho menor que los hombres, independientemente del tipo de cirugía. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.889$; $p=.347$; η^2 parcial=.006).

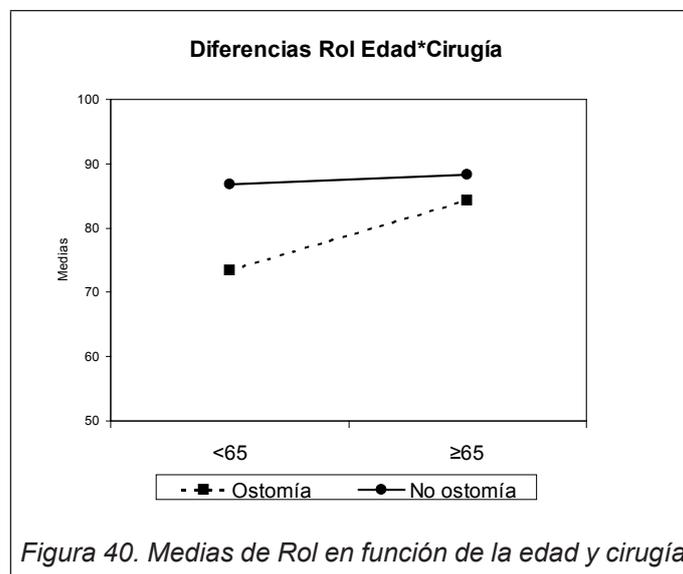
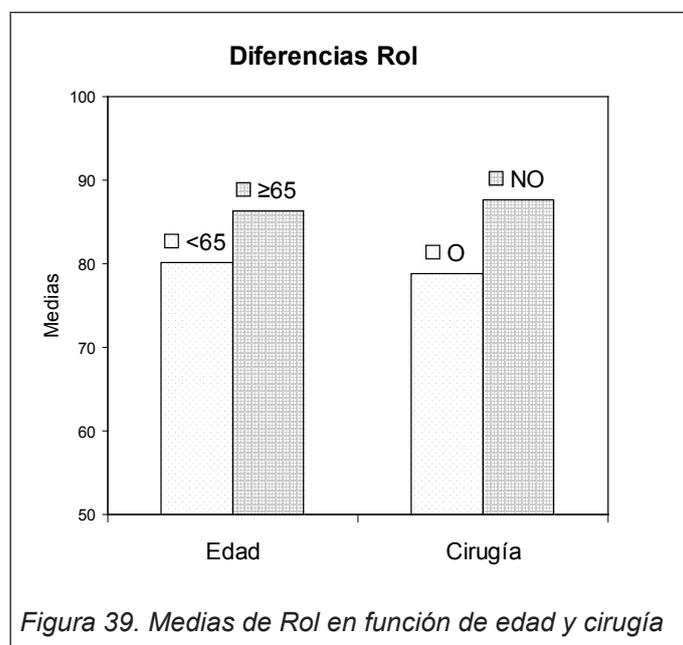
Tabla 60
Diferencias en rol en función de la edad, sexo y cirugía

Rol	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	80.09	13.24	7.947	.005	.048
≥65 (n=85)	86.34	15.29			
Sexo					
hombre (n=94)	84.54	12.64	1.435	.233	.009
mujer (n=72)	81.89	15.21			
Cirugía					
ostomía (n=43)	78.83	12.79	15.655	.000	.090
no ostomía (n=123)	87.60	11.65			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	82.03	12.74	.307	.581	.002
<65-M (n=37)	78.15	13.55			
≥65-H (n=50)	87.05	12.47			
≥65-M (n=35)	85.63	16.61			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	73.33	11.82	4.589	.034	.028
<65-NO (n=59)	86.85	11.64			
≥65-O (n=21)	84.33	13.65			
≥65-NO (n=64)	88.35	11.64			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	81.20	11.69	.889	.347	.006
H-NO (n=65)	87.88	11.65			
M-O (n=14)	76.46	12.14			
M-NO (n=58)	87.32	11.64			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	78.25	11.63	3.036	.083	.019
<65-H-NO (n=31)	85.82	11.63			
<65-M-O (n=9)	68.42	11.63			
<65-M-NO (n=28)	87.88	11.63			
≥65-H-O (n=16)	84.16	11.63			
≥65-H-NO (n=34)	89.95	11.63			
≥65-M-O (n=5)	84.50	11.63			
≥65-M-NO (n=30)	86.75	11.63			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan un elevado rol, salvo el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años, hombres y mujeres con ostomía presentan un menor rol, sobre todo en el caso de las mujeres

ostomizadas. En el grupo de mayores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres no ostomizados el rol es mayor, así como los hombres presentan un mayor rol que las mujeres. Las diferencias halladas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.036$; $p=.083$; η^2 parcial=.019).



b) Evolución del rol en los cuatro momentos de evaluación

Las medias del rol en los cuatro momentos son altas, pues las medias se encuentran entre 78 y 90 en un rango de puntuación entre 0 a 100.

El patrón del funcionamiento físico descrito, a lo largo del año de evaluación, apunta una puntuación más baja inicialmente con un incremento importante en el se-

gundo y tercer momento de evaluación y en el cuarto momento de evaluación continua incrementándose ligeramente.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mayor (15.1%) ($F(2.715,429.044)=28.168$; $p=.000$; η^2 parcial=.151). La explicación de las mismas es porque las distancias son estadísticamente significativas entre el primer momento de evaluación con el segundo, el tercero y el cuarto; y entre el segundo momento con el tercero y cuarto momento de evaluación –ver tabla 62 y figura 41-.

Tabla 61
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse- Geisser	Huynh- Feldt	Límite- inferior
<i>Rol</i>	.722	51.079	5	.000	.852	.905	.333

Tabla 62
Evolución del rol en los cuatro momentos (n=166)

<i>Rol</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	78.75	18.51	28.168	.000	.151	I-II	.004
		I-III				.000	
Evaluación 2	83.48	17.83				I-IV	.000
		II-III				.002	
Evaluación 3	88.96	14.07				II-IV	.000
Evaluación 4	90.59	14.91				III-IV	.788

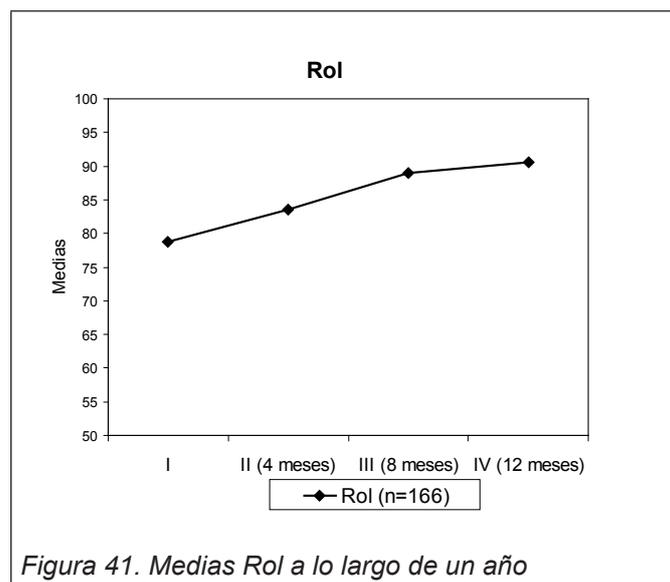


Figura 41. Medias Rol a lo largo de un año

c) Evolución del rol en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del rol en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento de la misma en ambos grupos –como se puede apreciar en la tabla 63-. Los valores medios más altos de rol se producen en el grupo de igual o mayores de 65 años. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=.26$; $p=.835$; η^2 parcial=.002).

En relación con el sexo, se puede indicar que el rol aumenta en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en los hombres se produce un mayor incremento en el cuarto periodo comparado con las mujeres. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mayor rol que las mujeres, pero esas diferencias son mínimas. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=1.17$; $p=.318$; η^2 parcial=.007).

En cuanto a la cirugía, se produce un aumento del rol en ambos grupos a lo largo del periodo hasta el cuarto momento de la evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran un mayor rol en los cuatro momentos de evaluación que los ostomizados. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=2.14$; $p=.101$; η^2 parcial=.013).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que el rol aumenta en los cuatro momentos en los cuatro grupos. No obstante, se ha de matizar que en el grupo de mujeres y hombres de menos de 65 años son los que muestran peor rol sobre todo en los tres primeros momentos de evaluación. En el grupo de hombres igual o mayores de 65 años mantiene el incremento de rol a lo largo de todo el periodo presentando mayores puntuaciones medias de rol que el resto de grupos. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=.38$; $p=.744$; η^2 parcial=.002).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el rol aumenta en los cuatro momentos de evaluación y en los cuatro grupos. En los pacientes ostomizados y mayores de 65 años se incrementa el rol a lo largo del año, situándose en puntuaciones medias similares a los pacientes no ostomizados en ese cuarto momento de evaluación. Los menores de 65 años y ostomizados son los que presentan peores medias de rol en los cuatro momentos de evaluación. No existen diferencias estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=.59$; $p=.608$; η^2 parcial=.004).

Tabla 63

Evolución de la rol en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Rol*Edad											
<65 (n=81)	76.27	19.88	82.60	17.50	86.90	15.33	87.75	17.08	.26	.835	.002
≥65 (n=85)	81.12	16.89	84.31	18.19	90.92	12.53	93.29	11.98			
Rol*Sexo											
hombre (n=94)	79.60	18.04	84.34	17.84	88.76	14.10	91.23	13.60	1.17	.318	.007
mujer (n=72)	77.65	19.18	82.35	17.86	89.22	14.13	89.75	16.52			
Rol*Cirugía											
O (n=43)	69.35	19.11	78.63	18.38	82.95	15.35	85.53	16.27	2.14	.101	.013
NO (n=123)	82.04	17.19	85.17	17.39	91.06	13.02	92.36	14.05			
Rol*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	77.98	19.64	82.89	17.89	85.93	15.78	87.52	15.93	.38	.744	.002
<65-M (n=37)	74.24	20.23	82.27	17.27	88.05	14.92	88.03	18.57			
≥65-H (n=50)	81.02	16.56	85.62	17.88	91.24	12.05	94.50	10.25			
≥65-M (n=35)	81.26	17.58	82.43	18.73	90.46	13.35	91.57	14.08			
Rol*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	65.5	20.54	73.09	19.01	78.45	16.58	79.86	17.01	.59	.608	.004
<65-NO (n=59)	80.29	18.21	86.15	15.64	90.05	13.70	90.69	16.28			
≥65-O (n=21)	73.38	17.05	84.43	16.16	87.67	12.67	91.48	13.42			
≥65-NO (n=64)	83.66	16.17	84.27	18.93	91.98	12.39	93.89	11.53			
Rol*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	73.93	19.16	81.34	19.22	83.72	16.57	87.03	16.22	1.26	.287	.008
H-NO (n=65)	82.12	17.06	85.68	17.18	91.00	12.33	93.11	11.92			
M-O (n=14)	59.86	15.68	73.00	15.66	81.36	12.86	82.43	16.54			
M-NO (n=58)	81.95	17.48	84.60	17.75	91.12	13.86	91.52	16.16			
Rol*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	73.46	19.89	77.31	20.99	79.92	19.36	82.31	18.56	.03	.989	.000
<65-H-NO (n=31)	79.87	19.55	85.23	16.23	88.45	13.59	89.71	14.47			
<65-M-O (n=9)	54.00	16.21	67.00	14.72	76.33	12.28	76.33	14.79			
<65-M-NO (n=28)	80.75	16.95	87.18	15.18	91.82	13.84	91.79	18.29			
≥65-H-O (n=16)	74.31	19.19	84.62	17.66	86.81	13.80	90.88	13.43			
≥65-H-NO (n=34)	84.18	14.42	86.09	18.23	93.32	10.73	96.21	8.04			
≥65-M-O (n=5)	70.40	7.60	83.80	11.67	90.40	8.76	93.40	14.76			
≥65-M-NO (n=30)	83.07	18.19	82.20	19.80	90.47	14.08	91.27	14.20			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

La interacción de sexo y cirugía se percibe que en general hay un aumento del rol a lo largo del año, así como es menor el rol en los dos primeros momentos en el grupo de mujeres ostomizadas. En los hombres, tanto ostomizados como no, se incrementa en el segundo y tercer momento sobre todo, con un menor valor en los ostomizados. En las mujeres ostomizadas –que presentan un menor valor- se produce un fuerte incremento del rol en el segundo momento de evaluación. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=1.26$; $p=.287$; η^2 parcial=.008).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 63- tanto en el grupo de hombres como de mujeres se produce un aumento del rol a lo largo del periodo con mayor incidencia de incremento en los pacientes ostomizados, cuyo rol es menor que los no ostomizados en el primer momento de evaluación pero son los que tienen un mayor incremento a lo largo del año. En cuanto a las mujeres menores de 65 años son las que presentan menor rol a lo largo de todo el año, aunque se va incrementando en los cuatro momentos de evaluación. En los otros tres grupos se incrementa sobre todo entre el primer y segundo momento, con mayor incidencia en el grupo de mujeres ostomizadas. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.715,429.044)=.03$; $p=.989$; η^2 parcial=.000).

Funcionamiento Emocional

a) *Diferencias en el funcionamiento emocional entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 64- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias del funcionamiento emocional son elevadas. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento emocional más bajo que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, como se puede observar –ver figura 42-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=4.496$; $p=.036$; η^2 parcial=.028).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan elevado funcionamiento emocional, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un menor funcionamiento emocional que los hombres, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas –ver figura 42- y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=18.605$; $p=.000$; η^2 parcial=.105).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el funcionamiento emocional es elevado, si bien los pacientes que presentan ostomía, como se puede apreciar en la figura 42, manifiestan menor funcionamiento emocional que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=10.144$; $p=.002$; η^2 parcial=.060).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos el funcionamiento emocional es elevado, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan un funcionamiento emocional menor que en el caso de los mayores de 65 años. Asimismo las mujeres en ambos grupos de edad muestran un menor funcionamiento emocional que los hombres. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.069$; $p=.793$; η^2 parcial=.000).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el funcionamiento emocional es elevado en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes con una edad menor a 65 años muestran medias menores que el grupo igual o mayor de 65 años, sobre todo los que presentan ostomía. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan menor funcionamiento emocional que los pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.002$; $p=.961$; η^2 parcial=.000).

Tabla 64
Diferencias en funcionamiento emocional (F.Emocional) entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

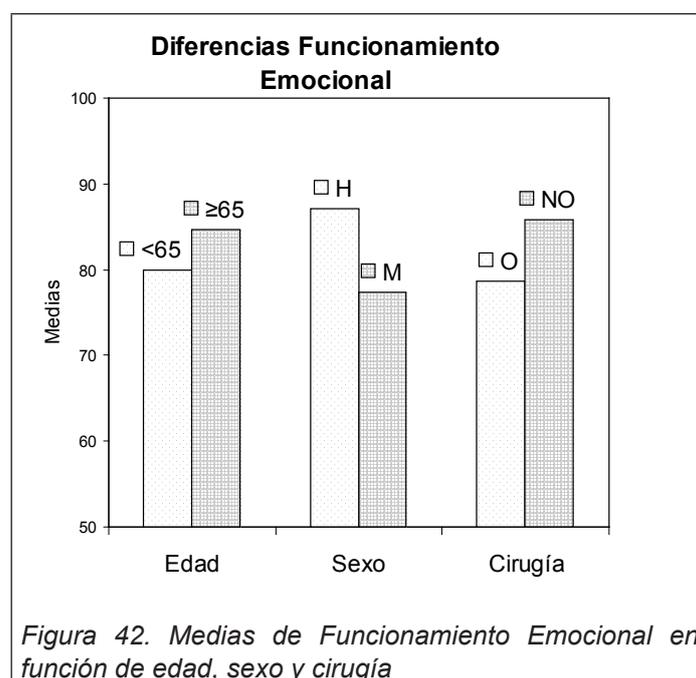
<i>F.Emocional</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	79.89	13.47	4.496	.036	.028
≥65 (n=85)	84.68	15.56			
Sexo					
hombre (n=94)	87.15	12.87	18.605	.000	.105
mujer (n=72)	77.42	15.49			
Cirugía					
ostomía (n=43)	78.69	13.03	10.144	.002	.060
no ostomía (n=123)	85.88	11.87			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	84.46	12.97	.069	.793	.000
<65-M (n=37)	75.32	13.80			
≥65-H (n=50)	89.84	12.69			
≥65-M (n=35)	79.51	16.91			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	76.24	12.04	.002	.961	.000
<65-NO (n=59)	83.54	11.86			
≥65-O (n=21)	81.14	13.90			
≥65-NO (n=64)	88.21	11.87			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	85.64	11.90	3.410	.067	.021
H-NO (n=65)	88.66	11.86			
M-O (n=14)	71.74	12.35			
M-NO (n=58)	83.09	11.85			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	83.90	11.84	.799	.373	.005
<65-H-NO (n=31)	85.02	11.84			
<65-M-O (n=9)	68.58	11.84			
<65-M-NO (n=28)	82.06	11.84			
≥65-H-O (n=16)	87.38	11.84			
≥65-H-NO (n=34)	92.30	11.84			
≥65-M-O (n=5)	74.90	11.84			
≥65-M-NO (n=30)	84.13	11.84			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran menor funcionamiento emocional que los hombres, aunque presentan en los cuatro grupos un elevado funcionamiento emocional. Asimismo, independientemente del sexo, los pacientes ostomizados presentan menor puntuación que los no ostomizados. Las mujeres ostomizadas presentan la peor puntuación de funcionamiento emocional de los cuatro grupos, por el contrario los hombres no ostomizados son los que presentan mejor funcionamiento emocional. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.410$; $p=.067$; η^2 parcial=.021).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan un elevado funcionamiento emocional. El grupo de mujeres con

ostomía y menores de 65 años es el que menor puntuación refiere de funcionamiento emocional. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años en general presentan un menor funcionamiento emocional, sobre todo en el caso de las mujeres ostomizadas. En los hombres se observa que los no ostomizados tienen ligeramente más función emocional. En el grupo de igual o mayores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres ostomizados el funcionamiento emocional es menor que en los no ostomizados, así como las mujeres presentan un menor funcionamiento emocional que los hombres. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=.799$; $p=.373$; η^2 parcial=.005).



b) Evolución del funcionamiento emocional en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de funcionamiento emocional en los cuatro momentos es elevado, pues su media se encuentra cerca de la máxima puntuación 100. El patrón del funcionamiento emocional descrito, a lo largo del año de evaluación, es un aumento de la misma, sobre todo entre los momentos primero y tercero, para estabilizarse a partir de este tercer momento.

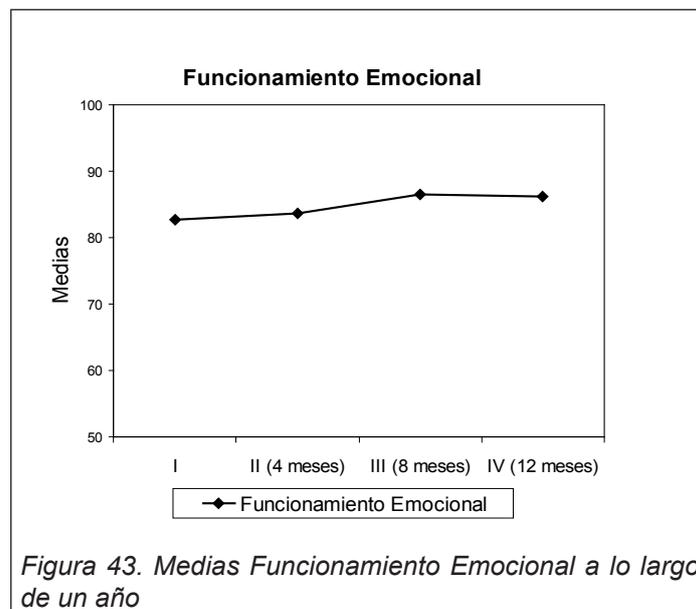
Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los tres primeros momentos, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.704,427.273)=6.340$; $p=.001$; η^2 parcial=.039). La explicación de las mismas es por las distancias entre el primer y tercer momento de evaluación; y del segundo con el tercero –ver tabla 66 y figura 43-.

Tabla 65
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
<i>Funcionamiento emocional</i>	.762	42.505	5	.000	.848	.901	.333

Tabla 66
Evolución del F.Emocional en los cuatro momentos

<i>F.Emocional</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	82.73	15.96	6.340	.001	.039	I-II	1.000
Evaluación 2	83.72	14.70				I-III	.003
						I-IV	.055
Evaluación 3	86.49	15.21				II-III	.019
Evaluación 4	86.24	15.42	II-IV	.541			
			III-IV	1.000			



c) Evolución del funcionamiento emocional en los cuatro momentos de evaluación entre diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del funcionamiento emocional en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento del mismo en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años que en el cuarto momento se produce un ligero descenso –ver tabla 67 y figura 44-. Los valores medios más bajos de funcionamiento emocional se producen en el grupo de menores de 65 años, si bien son elevados. En este caso se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en

Tabla 67

Evolución del F.Emocional en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
F.Emocional*Edad											
<65 (n=81)	80.64	15.32	82.02	14.54	83.40	16.78	81.90	17.16	3.57	.018	.022
≥65 (n=85)	84.72	16.38	85.33	14.76	89.44	12.98	90.38	12.29			
F.Emocional*Sexo											
hombre (n=94)	87.69	13.07	86.41	14.95	88.31	14.99	89.18	13.74	4.77	.004	.029
mujer (n=72)	76.25	17.11	80.19	13.68	84.11	15.28	82.40	16.69			
F.Emocional*Cirugía											
O (n=43)	78.74	15.96	80.93	15.15	83.23	16.08	80.86	16.49	.83	.467	.005
NO (n=123)	84.12	15.78	84.69	14.48	87.63	14.79	88.12	14.63			
F.Emocional*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	85.66	12.92	84.36	15.27	84.27	16.94	84.45	15.54	.47	.686	.003
<65-M (n=37)	74.68	15.97	79.24	13.28	82.35	16.75	78.86	18.66			
≥65-H (n=50)	89.48	13.07	88.22	14.57	91.86	12.12	93.34	10.42			
≥65-M (n=35)	77.91	18.33	81.20	14.21	85.97	13.55	86.14	13.62			
F.Emocional*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	77.59	15.65	79.09	16.05	78.68	18.95	75.18	17.01	1.39	.248	.009
<65-NO (n=59)	81.78	15.18	83.12	13.92	85.15	15.70	84.41	16.66			
≥65-O (n=21)	79.95	16.58	82.86	14.28	88.00	10.93	86.81	13.95			
≥65-NO (n=64)	86.28	16.14	86.14	14.93	89.91	13.63	91.55	11.58			
F.Emocional*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	84.97	10.44	86.52	13.14	85.66	17.20	86.14	14.19	1.54	.208	.010
H-NO (n=65)	88.91	13.99	86.37	15.79	89.49	13.86	90.54	13.42			
M-O (n=14)	65.86	17.97	69.36	12.48	78.21	12.57	69.93	15.92			
M-NO (n=58)	78.76	16.07	82.81	12.72	85.53	15.63	85.41	15.55			
F.Emocional*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	85.54	10.79	86.85	13.40	80.38	22.30	82.85	16.10	1.04	.370	.007
<65-H-NO (n=31)	85.71	13.88	83.32	16.09	85.90	14.25	85.13	15.52			
<65-M-O (n=9)	66.11	14.75	67.89	12.95	76.22	13.60	64.11	11.70			
<65-M-NO (n=28)	77.43	15.60	82.89	11.35	84.32	17.39	83.61	18.10			
≥65-H-O (n=16)	84.50	10.48	86.25	13.35	89.94	10.52	88.81	12.31			
≥65-H-NO (n=34)	91.82	13.64	89.15	15.22	92.76	12.84	95.47	8.82			
≥65-M-O (n=5)	65.40	24.79	72.00	12.53	81.80	10.90	80.40	18.35			
≥65-M-NO (n=30)	80.00	16.66	82.73	14.08	86.67	13.98	87.10	12.82			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

la evolución del funcionamiento emocional para los dos grupos de edad, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.704,427.273)=3.57$; $p=.018$; η^2 parcial=.022).

En relación con el sexo, se puede indicar que el funcionamiento emocional es diferente –ver tabla 67 y figura 45-. En el caso de los hombres se produce una dismi-

nución entre el primer y el segundo momento, para aumentar a continuación en los restantes momentos. En el caso de las mujeres se incrementa hasta el tercer momento y en el cuarto desciende. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mayor funcionamiento emocional que las mujeres. En este caso, también se ha encontrado diferencias estadísticamente significativa en el efecto del sexo sobre la evolución del funcionamiento emocional, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.704,427.273)=4.77$; $p=.004$; η^2 parcial= .029).

En cuanto a la cirugía, se produce un aumento del funcionamiento emocional en ambos grupos hasta el tercer momento, y en el caso de los no ostomizados crece hasta el cuarto momento. En los pacientes ostomizados en el cuarto momento se produce una disminución del mismo. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran un mayor funcionamiento emocional en los cuatro momentos de evaluación. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en este caso ($F(2.704,427.273)=.83$; $p=.467$; η^2 parcial=.005).

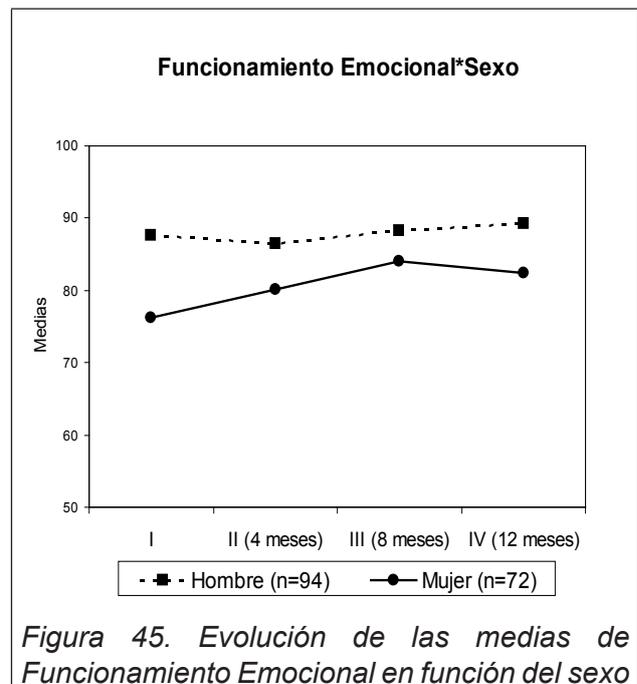
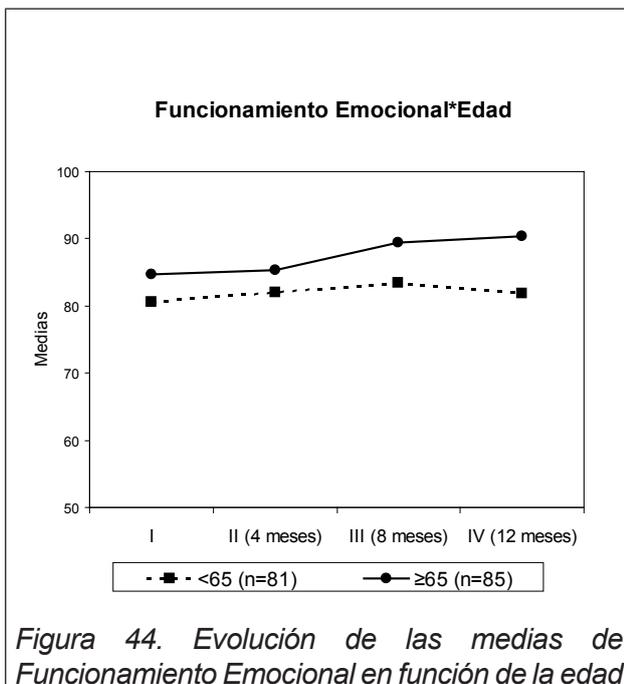
Si observamos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que el funcionamiento emocional es diferenciado entre hombres y mujeres. En el grupo de hombres de menos de 65 años se reduce en el segundo y tercer momento y se incrementa en el cuarto. En el grupo de hombres igual o mayor de 65 años se reduce en el segundo momento y aumenta en el tercero y cuarto momento de evaluación. En el caso de las mujeres se produce un incremento a lo largo de todo el periodo. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años presentan medias más elevadas a lo largo del año que los menores de 65 años, así como las mujeres presentan un valor menor que los hombres. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.704,427.273)=.47$; $p=.686$; η^2 parcial=.003).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el funcionamiento emocional aumenta entre el primer y segundo momento en tres grupos, a excepción de los de edad igual o mayor a 65 años en el que decrece. En los pacientes menores de 65 años y ostomizados disminuye el funcionamiento emocional en el tercer y cuarto momento, mientras que en los ostomizados de mayor edad en el cuarto momento. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años ostomizados, el funcionamiento emocional se reduce en el cuarto momento, mientras que en el grupo de pacientes no ostomizados se incrementan del en el tercero y cuarto momento de evaluación. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.704,427.273)=1.39$; $p=.248$; η^2 parcial=.009).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el segundo momento aumenta el funcionamiento emocional, excepto en los hombres no ostomiza-

dos que se reduce. En los hombres ostomizados y menores de 65 años disminuye en el tercer momento y se incrementa en el cuarto, mientras que en los no ostomizados se incrementa tanto en el tercer como en el cuarto momento. En las mujeres no ostomizadas aumenta el funcionamiento emocional en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto, mientras que en las mujeres ostomizadas –que presentan menor valor- se produce un fuerte incremento del funcionamiento emocional en el segundo y tercer momento pero se reduce notablemente en el cuarto. El funcionamiento emocional es menor en los cuatro momentos en el grupo de mujeres, y en el grupo de ostomizados. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.704,427.273)=1.54$; $p=.208$; η^2 parcial=.010).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 67- el comportamiento es diferenciado y complejo en cada grupo. De esta forma en el grupo de hombres se produce un aumento del funcionamiento emocional a lo largo del periodo en los pacientes mayores de 65 años, el funcionamiento emocional es mayor en los no ostomizados, y superior en función de mayor edad. En cuanto a las mujeres, a excepción del grupo de edad igual o menor de 65 años ostomizadas en que el funcionamiento emocional disminuye en el cuarto momento, en los otros tres grupos se incrementa entre el segundo y tercer momento, con mayor incidencia en el grupo de mujeres más mayores. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(2.704,427.273)=1.04$; $p=.370$; η^2 parcial=.007).



Funcionamiento Cognitivo

a) *Diferencias en el funcionamiento cognitivo entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 68- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias del funcionamiento cognitivo es elevado. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento cognitivo más bajo que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años –ver figura 46-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=14.376$; $p=.000$; η^2 parcial= .083).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan un elevado funcionamiento cognitivo, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un menor funcionamiento cognitivo que los hombres –ver figura 46-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto mediano ($F(1,158)=10.846$; $p=.001$; η^2 parcial= .064).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el funcionamiento cognitivo es también elevado, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor funcionamiento cognitivo que aquellos pacientes sin ostomía –ver figura 46-. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es pequeño ($F(1,158)=7.957$; $p=.005$; η^2 parcial= .048).

Si prestamos atención a la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos el funcionamiento cognitivo es elevado, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan un funcionamiento cognitivo menor que en el caso de los iguales o mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran un menor funcionamiento cognitivo que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=2.604$; $p=.109$; η^2 parcial=.016).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el funcionamiento cognitivo es elevado en los cuatro grupos de pacientes. El grupo de pacientes con una edad menor a 65 años muestran medias menores que el de igual o mayor de 65 años, independientemente de presentar o no ostomía. Asimismo, los pacientes con ostomía en ambos grupos de edad manifiestan menor funcionamiento cognitivo que los pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.438$; $p=.066$; η^2 parcial=.021).

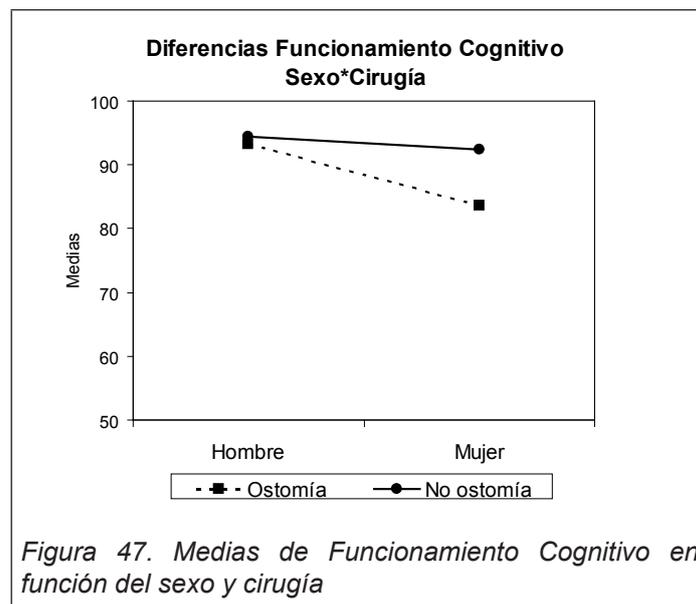
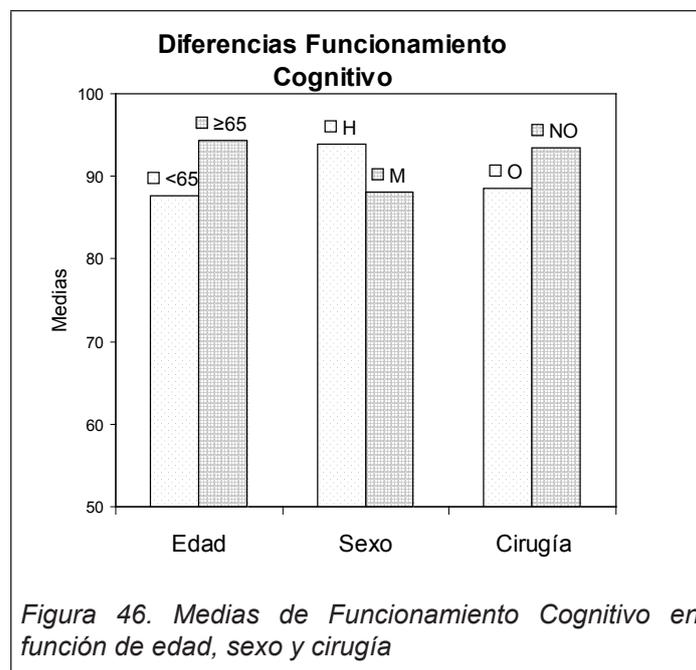
Tabla 68
Diferencias en funcionamiento cognitivo (F.Cognitivo) en función de la edad, sexo y cirugía

<i>F.Cognitivo</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	87.61	10.62	14.376	.000	.083
≥65 (n=85)	94.35	12.26			
Sexo					
hombre (n=94)	93.91	10.14	10.846	.001	.064
mujer (n=72)	88.05	12.20			
Cirugía					
ostomía (n=43)	88.47	10.27	7.957	.005	.048
no ostomía (n=123)	93.49	9.35			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	91.97	10.23	2.604	.109	.016
<65-M (n=37)	83.25	10.88			
≥65-H (n=50)	95.85	10.00			
≥65-M (n=35)	92.86	13.33			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	83.45	9.49	3.438	.066	.021
<65-NO (n=59)	91.77	9.33			
≥65-O (n=21)	93.49	10.95			
≥65-NO (n=64)	95.21	9.36			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	93.32	9.38	4.656	.032	.029
H-NO (n=65)	94.50	9.34			
M-O (n=14)	83.63	9.74			
M-NO (n=58)	92.48	9.34			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	90.65	9.33	1.070	.302	.007
<65-H-NO (n=31)	93.29	9.33			
<65-M-O (n=9)	76.25	9.33			
<65-M-NO (n=28)	90.24	9.33			
≥65-H-O (n=16)	95.98	9.33			
≥65-H-NO (n=34)	95.71	9.33			
≥65-M-O (n=5)	91.00	9.33			
≥65-M-NO (n=30)	94.72	9.33			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran menor funcionamiento cognitivo que los hombres, presentando en los cuatro grupos un elevado funcionamiento cognitivo –ver figura 47-. En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=4.656$; $p=.032$; η^2 parcial= .029). Esto se debe a que los hombres con ostomía declaran un funcionamiento cognitivo ligeramente inferior que sin ostomía, mientras que en el caso de las mujeres las que presentan ostomía manifiestan un funcionamiento cognitivo mucho menor que sin ostomía a pesar de tener un valor bastante elevado.

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan un elevado funcionamiento cognitivo, salvo el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años presentan un menor funcionamiento cognitivo, sobre todo en el caso de las mujeres ostomizadas, así como en los hombres se observa que los no ostomizados tienen ligeramente un funcionamiento cognitivo más elevado. En el grupo de iguales o mayores de 65 años, los hombres ostomizados su funcionamiento cognitivo es algo mayor que en los no ostomizados, al contrario que las mujeres. Además, las mujeres presentan un menor funcionamiento cognitivo que los hombres. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=1.070$; $p=.302$; η^2 parcial=.007).



b) Evolución del funcionamiento cognitivo en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de funcionamiento cognitivo en los cuatro momentos es elevado, pues su media se encuentra más cerca de 100. El patrón del funcionamiento cognitivo descrito, a lo largo del año de evaluación, es una pequeña reducción del mismo –ver tabla 70-.

Este patrón no produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos ($F(2.943,464.967)=2.169$; $p=.092$; η^2 parcial=.014).

Tabla 69
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Funcionamiento cognitivo	.885	19.117	5	.002	.921	.981	.333

Tabla 70
Evolución del F.Cognitivo en los cuatro momentos

F.Cognitivo	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	93.82	12.22	2.169	.092	.014	I-II	1.000
						I-III	.341
						I-IV	.266
Evaluación 2	92.23	13.52	2.169	.092	.014	II-III	1.000
						II-IV	1.000
Evaluación 3	92.36	13.50	2.169	.092	.014	II-IV	1.000
Evaluación 4	91.95	13.90				III-IV	1.000

c) Evolución del funcionamiento cognitivo en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del funcionamiento cognitivo en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del primer periodo evaluado se produce una disminución en el grupo de menores de 65 años –ver tabla 71 y figura 48-. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años se produce una reducción en el segundo momento para incrementarse en el tercero y mantenerse en el cuarto. Los valores medios más bajos de funcionamiento cognitivo se producen en el grupo de menos de 65 años, aunque son elevados. En este caso se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evolución temporal entre los grupos de edad por lo reseñado, con un tamaño de efecto pequeño ($F(2.943,464.967)=3.03$; $p=.030$; η^2 parcial= .019).

En relación con el sexo, se puede indicar que el funcionamiento cognitivo se reduce en el caso de los hombres a lo largo todo el periodo. En las mujeres, tras una

disminución en el segundo momento, se produce un ligero incremento en el tercer momento y mantenimiento en el cuarto. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mayor funcionamiento cognitivo que las mujeres. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.943,464.967)=.45$; $p=.715$; η^2 parcial=.003).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución del funcionamiento cognitivo en ambos grupos en el segundo momento de evaluación. A partir de la segunda evaluación, mientras el funcionamiento cognitivo sigue disminuyendo hasta la tercera evaluación para el grupo de ostomizados, para aumentar en la última evaluación, el grupo de los no ostomizados aumenta en el tercero para disminuir en la última evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran un mayor funcionamiento cognitivo en los cuatro momentos de evaluación –ver tabla 71 y figura 49-. En este caso también se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto de la cirugía sobre el funcionamiento cognitivo, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.943,464.967)=2.72$; $p=.045$; η^2 parcial= .017).

Si tenemos en cuenta la interacción del sexo y la edad se puede apuntar, en conjunto, que el funcionamiento cognitivo disminuye entre el primer y segundo momento en todos los grupos, a excepción de las mujeres igual o mayores de 65 años. Asimismo, se produce un incremento entre el segundo y tercer momento en todos menos el grupo de hombre menores de 65 años. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años el funcionamiento cognitivo aumenta en las mujeres y en los hombres disminuye un poco. No existen diferencias estadísticamente significativas ($F(2.943,464.967)=.65$; $p=.583$; η^2 parcial=.004).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el funcionamiento cognitivo disminuye en los menores de 65 años y se mantiene en los pacientes igual o mayores de 65 años, con ligeros altibajos. En los pacientes menores de 65 años se reduce el funcionamiento cognitivo en el segundo momento, además que en los pacientes ostomizados en el tercer momento hay una reducción importante. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.943,464.967)=1.32$; $p=.267$; η^2 parcial=.008).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el segundo momento disminuye el funcionamiento cognitivo en todos los grupos, así como es menor el funcionamiento cognitivo en los cuatro momentos en el grupo de mujeres. En los hombres, tanto ostomizados como no, entre el primer momento y el cuarto existe una reducción del funcionamiento cognitivo, con ligeros altibajos en ambos grupos. En las mujeres no ostomizadas mayores aumenta el funcionamiento cognitivo en los tres primeros momentos, para estabilizarse en el cuarto. Sin embargo, en las mujeres ostom-

Tabla 71

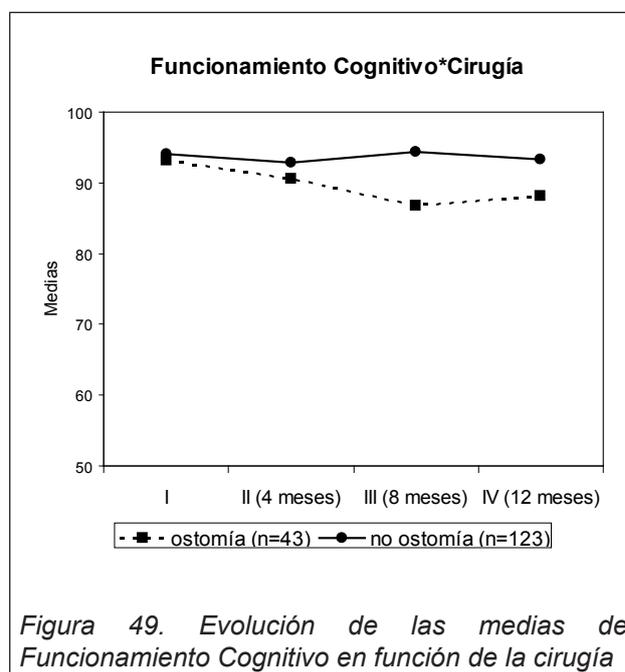
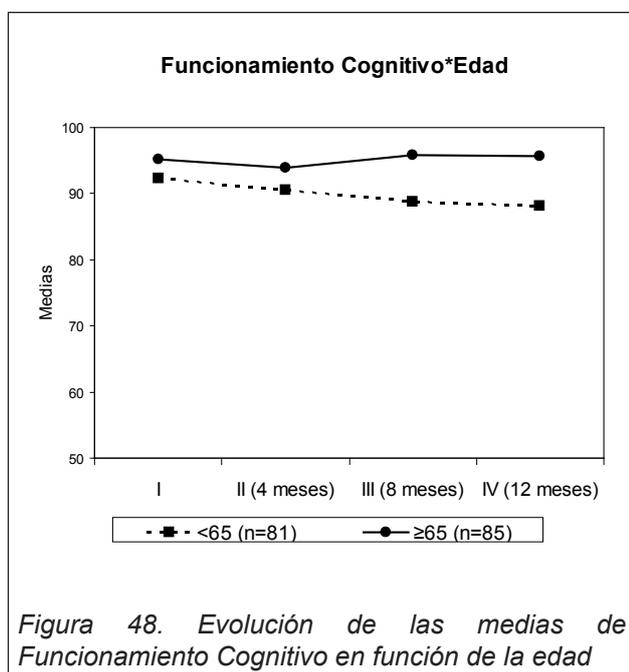
Evolución del F.Cognitivo en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
F.Cognitivo*Edad											
<65 (n=81)	92.35	14.05	90.53	15.15	88.72	16.62	88.09	16.72	3.03	.030	.019
≥65 (n=85)	95.22	10.06	93.86	11.62	95.82	8.37	95.62	9.22			
F.Cognitivo*Sexo											
hombre (n=94)	96.56	8.24	94.31	10.38	93.43	13.90	92.73	12.65	.45	.715	.003
mujer (n=72)	90.24	15.33	89.53	16.45	90.96	12.92	90.92	15.40			
F.Cognitivo*Cirugía											
O (n=43)	93.19	11.44	90.53	16.14	86.72	17.75	88.21	17.43	2.72	.045	.017
NO (n=123)	94.04	12.52	92.83	12.49	94.33	11.09	93.25	12.24			
F.Cognitivo*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	96.7	7.48	93.73	11.32	89.61	18.14	90.00	14.71	.65	.583	.004
<65-M (n=37)	87.16	17.91	86.73	18.16	87.65	14.79	85.81	18.78			
≥65-H (n=50)	96.44	8.94	94.82	9.57	96.78	7.31	95.14	10.07			
≥65-M (n=35)	93.49	11.39	92.49	14.08	94.46	9.63	96.31	7.95			
F.Cognitivo*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	91.09	13.15	87.41	19.65	79.18	20.60	81.36	20.69	1.32	.267	.008
<65-NO (n=59)	92.81	14.45	91.69	13.10	92.27	13.42	90.59	14.39			
≥65-O (n=21)	95.38	9.12	93.81	10.95	94.62	9.38	95.38	9.12			
≥65-NO (n=64)	95.17	10.42	93.88	11.91	96.22	8.05	95.70	9.33			
F.Cognitivo*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	96.69	6.60	93.90	9.09	90.48	17.31	93.31	10.23	1.47	.224	.009
H-NO (n=65)	96.51	8.93	94.49	10.97	94.74	12.00	92.48	13.67			
M-O (n=14)	85.93	15.65	83.57	24.22	78.93	16.61	77.64	24.04			
M-NO (n=58)	91.28	15.20	90.97	13.87	93.86	10.05	94.12	10.48			
F.Cognitivo*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	96.31	7.02	93.85	8.10	83.69	23.34	88.77	12.31	.63	.591	.004
<65-H-NO (n=31)	96.87	7.77	93.68	12.54	92.10	15.24	90.52	15.77			
<65-M-O (n=9)	83.56	16.50	78.11	27.39	72.67	14.72	70.67	26.04			
<65-M-NO (n=28)	88.32	18.48	89.50	13.59	92.46	11.34	90.68	12.98			
≥65-H-O (n=16)	97.00	6.45	93.94	10.08	96.00	7.16	97.00	6.45			
≥65-H-NO (n=34)	96.18	9.97	95.24	9.44	97.15	7.46	94.26	11.37			
≥65-M-O (n=5)	90.20	14.70	93.40	14.76	90.20	14.70	90.20	14.70			
≥65-M-NO (n=30)	94.03	10.95	92.33	14.22	95.17	8.67	97.33	6.07			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

mizadas –que presentan menor valor- se produce una fuerte reducción en el segundo y tercer momento de evaluación. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.943,464.967)=1.47$; $p=.224$; η^2 parcial=.009).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 71- el comportamiento es diferente. De esta forma en el grupo de hombres se produce una disminución del funcionamiento cognitivo a lo largo del periodo con mayor incidencia en los pacientes ostomizados y menores de 65 años. En cuanto a las mujeres no ostomizadas se incrementa el funcionamiento cognitivo a lo largo del periodo de evaluación, independientemente de la edad. Por el contrario, en el grupo de mujeres menores de 65 años y ostomizadas hay una reducción del funcionamiento cognitivo a lo largo del periodo. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.943,464.967)=.63$; $p=.591$; η^2 parcial=.004).



Funcionamiento Social

a) Diferencias en el funcionamiento social entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 72- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias del funcionamiento social son elevadas, ya que están próximas a 100. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento social menor que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, no siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.712$; $p=.056$; η^2 parcial=.023).

Respecto al sexo, ambos grupos presentan elevado funcionamiento social, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un menor funcionamiento social que los hombres –ver figura 50-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=7.361$; $p=.007$; η^2 parcial= .045).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el funcionamiento social es elevado. Los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor funcionamiento social que aquellos pacientes sin ostomía –ver tabla 72 y figura 50-. La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa, cuyo tamaño del efecto es mediano ($F(1,158)=11.734$; $p=.001$; η^2 parcial= .069).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo en todos los casos el funcionamiento social es elevado, si bien los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan un funcionamiento social menor que en el caso de los iguales o mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran un menor funcionamiento social que los hombres. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.918$; $p=.339$; η^2 parcial=.006).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que el funcionamiento social es elevado en los cuatro grupos de pacientes. Los pacientes no ostomizados muestran medias mayores que los ostomizados. Asimismo los pacientes igual o mayores de 65 muestran mayores medias independientemente de presentar o no ostomía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.072$; $p=.788$; η^2 parcial=.000).

Tabla 72
Diferencias en funcionamiento social (F.Social) entre los grupos en función de la edad, sexo y cirugía

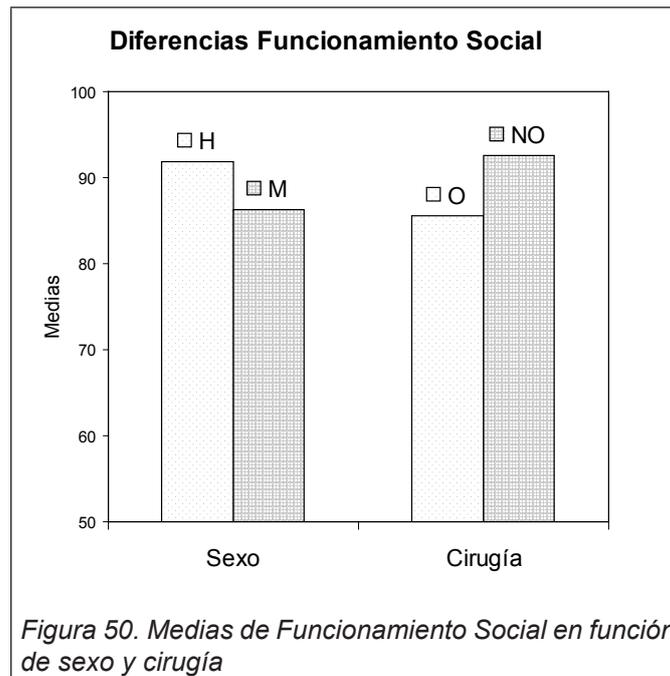
<i>F.Social</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	87.08	12.24	3.712	.056	.023
≥65 (n=85)	91.02	14.13			
Sexo					
hombre (n=94)	91.83	11.69	7.361	.007	.045
mujer (n=72)	86.27	14.07			
Cirugía					
ostomía (n=43)	85.54	11.83	11.734	.001	.069
no ostomía (n=123)	92.56	10.77			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	90.84	11.79	.918	.339	.006
<65-M (n=37)	83.31	12.53			
≥65-H (n=50)	92.82	11.53			
≥65-M (n=35)	89.23	15.36			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	83.29	10.93	.072	.788	.000
<65-NO (n=59)	90.86	10.78			
≥65-O (n=21)	87.79	12.62			
≥65-NO (n=64)	94.26	10.77			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	89.95	10.81	2.541	.113	.016
H-NO (n=65)	93.71	10.76			
M-O (n=14)	81.13	11.22			
M-NO (n=58)	91.41	10.77			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	89.58	10.75	.759	.385	.005
<65-H-NO (n=31)	92.10	10.75			
<65-M-O (n=9)	77.00	10.75			
<65-M-NO (n=28)	89.63	10.75			
≥65-H-O (n=16)	90.33	10.75			
≥65-H-NO (n=34)	95.32	10.75			
≥65-M-O (n=5)	85.25	10.75			
≥65-M-NO (n=30)	93.20	10.75			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran menor funcionamiento social que los hombres, aunque en los cuatro grupos presenta un elevado funcionamiento social. Asimismo, los no ostomizados manifiestan mayor funcionamiento que los ostomizados, independientemente del sexo. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=2.541$; $p=.113$; η^2 parcial=.016).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan elevado funcionamiento social, salvo el grupo de mujeres con ostomía y menores de 65 años. En esta interacción, en función de la edad los menores de 65 años presentan un menor funcionamiento social, sobre todo en el caso de las mujeres

ostomizadas, así como en los hombres se observa que los no ostomizados tienen ligeramente más elevada las medias del funcionamiento social. En el grupo de mayores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres ostomizados el funcionamiento social es menor que en los no ostomizados, así como las mujeres ostomizadas presentan un menor funcionamiento social que los hombres. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=.759$; $p=.385$; η^2 parcial=.005).



b) Evolución del funcionamiento social en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de funcionamiento social en los cuatro momentos es elevado, pues su media se encuentra más próxima a 100. El patrón del funcionamiento social descrito, a lo largo del año de evaluación, es un aumento del mismo, sobre todo entre los momentos segundo y cuarto.

Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.644,417.708)=3.900$; $p=.012$; η^2 parcial= .024). La explicación de las mismas es por las distancias entre el segundo y cuarto momento de evaluación –ver tabla 74 y figura 51-.

Tabla 73
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
Funcionamiento social	.742	46.711	5	.000	.830	.881	.333

Tabla 74
Evolución del F. Social en los cuatro momentos (n=166)

F. Social	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	89.67	15.76	3.900	.012	.024	I-II	1.000
Evaluación 2	90.20	14.95				I-III	.570
						I-IV	.051
Evaluación 3	91.72	15.38				II-III	.534
			II-IV	.030			
Evaluación 4	93.00	13.01				III-IV	1.000

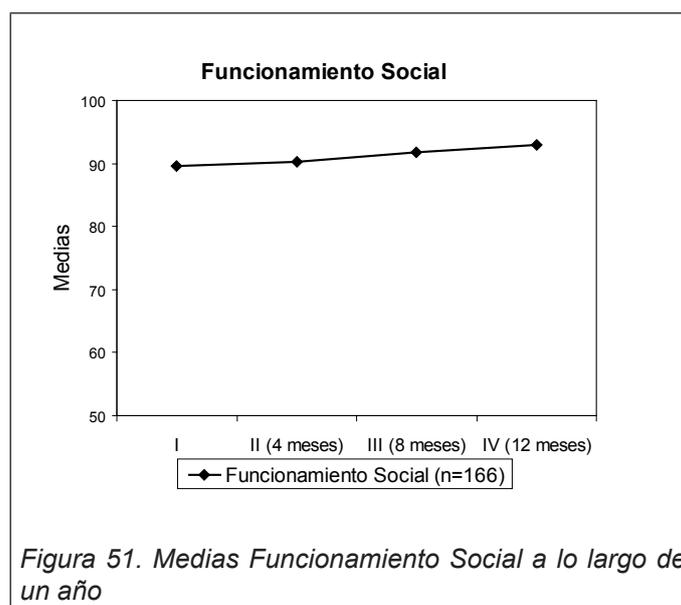


Figura 51. Medias Funcionamiento Social a lo largo de un año

c) Evolución del funcionamiento social en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

La evolución del funcionamiento social en función de los grupos de edad muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento de la misma en el grupo de igual o mayores de 65 años, mientras que el grupo de menores de 65 años sólo se produce un aumento en el cuarto momento, pues se produce una disminución del primer momento al tercero. Los valores medios más bajos de funcionamiento social se producen en el grupo de menores de 65 años –ver tabla 75 y figura 52-. En este caso se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.644,417.708)=2.83$; $p=.045$; η^2 parcial= .018).

En relación con el sexo, se puede indicar que el funcionamiento social aumenta en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en los hombres se produce una ligera disminución entre la primera y segunda evaluación –ver tabla 75 y figura 53-. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mayor funcionamiento social que las mujeres.

En este caso, también, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto del sexo sobre el funcionamiento social, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.644,417.708)=3.37$; $p=.023$; η^2 parcial= .021).

En cuanto a la cirugía, se produce un aumento del funcionamiento social en ambos grupos en todo el periodo, tanto en los pacientes ostomizados como los que no ostomizados se produce un incremento del mismo progresivamente durante el año de evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran un mayor funcionamiento social en los cuatro momentos de evaluación. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.644,417.708)=.45$; $p=.692$; η^2 parcial=.003).

Si consideramos la interacción del sexo y la edad se puede apreciar, en conjunto, que el funcionamiento social aumenta a lo largo del periodo de evaluación, a excepción de los hombres menores de 65 años. En el grupo de igual o mayores de 65 años, las mujeres incrementan el funcionamiento social progresivamente hasta el cuarto momento, así como en el grupo de hombres de igual o mayores 65 años se mantiene este incremento pero en el cuarto momento se reduce. En cuanto al grupo de edad de menos de 65 años el funcionamiento social disminuye en el caso de los hombres y en las mujeres se incrementa en el tercer y cuarto periodo. En ambos grupos de edad, los hombres presentan mayores puntuaciones medias en funcionamiento social que las mujeres, así como los mayores presentan mayor puntuación que los menores de 65 años. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(2.644,417.708)=.51$; $p=.650$; η^2 parcial=.003).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el funcionamiento social aumenta a lo largo del periodo de evaluación en los cuatro grupos en global. No obstante, en los pacientes menores de 65 años y no ostomizados se incrementa el funcionamiento social entre el primer y el segundo momento, decreciendo en el tercer y creciendo en el cuarto. En el grupo de ostomizados, tras un descenso en el segundo momento, aumenta hasta el cuarto. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, el funcionamiento social aumenta, sobre todo en el grupo de pacientes no ostomizados, mientras que en los ostomizados decrece en el cuarto momento. En general, en los cuatro momentos de evaluación los menores de 65 años ostomizados son los que presentan peores medias del funcionamiento social y los no ostomizados en ambos grupos de edad mejor puntuación. Si bien las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.644,417.708)=1.45$; $p=.232$; η^2 parcial=.009).

La interacción de sexo y cirugía se percibe que entre el primer y el cuarto momento aumenta el funcionamiento social, a excepción del grupo de hombres ostomiza-

Tabla 75

Evolución del F.Social en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
F.Social*Edad											
<65 (n=81)	89.54	14.34	88.77	15.78	87.88	18.03	90.46	15.68	2.83	.045	.018
≥65 (n=85)	89.79	17.08	91.56	14.07	95.38	11.27	95.42	9.29			
F.Social*Sexo											
hombre (n=94)	92.54	13.37	91.98	13.86	92.54	13.77	93.38	12.88	3.37	.023	.021
mujer (n=72)	85.92	17.82	87.87	16.06	90.64	17.30	92.50	13.26			
F.Social*Cirugía											
O (n=43)	85.19	18.35	85.26	18.34	87.84	19.44	88.60	14.18	.45	.692	.003
NO (n=123)	91.24	14.50	91.93	13.22	93.07	13.52	94.54	12.27			
F.Social*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	93.39	10.13	92.14	14.48	88.86	16.95	91.02	15.76	.51	.650	.003
<65-M (n=37)	84.97	17.17	84.76	16.50	86.70	19.42	89.78	15.77			
≥65-H (n=50)	91.80	15.74	91.84	13.43	95.78	9.22	95.46	9.35			
≥65-M (n=35)	86.91	18.69	91.17	15.12	94.80	13.81	95.37	9.34			
F.Social*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	85.18	15.29	81.59	20.67	82.91	23.08	88.05	16.29	1.26	.287	.008
<65-NO (n=59)	91.17	13.75	91.44	12.72	89.73	15.58	91.36	15.49			
≥65-O (n=21)	85.19	21.48	89.10	15.08	93.00	13.39	89.19	11.96			
≥65-NO (n=64)	91.30	15.27	92.38	13.75	96.16	10.49	97.47	7.24			
F.Social*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	89.90	16.13	90.31	15.63	90.45	17.88	89.31	14.13	1.45	.232	.009
H-NO (n=65)	93.72	11.88	92.72	13.06	93.48	11.53	95.20	11.95			
M-O (n=14)	75.43	19.36	74.79	19.64	82.43	22.04	87.14	14.70			
M-NO (n=58)	88.45	16.63	91.03	13.46	92.62	15.54	93.79	12.68			
F.Social*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	92.62	8.30	89.69	18.58	86.15	24.13	89.85	17.31	.05	.977	.000
<65-H-NO (n=31)	93.71	10.92	93.16	12.60	90.00	13.20	91.52	15.34			
<65-M-O (n=9)	74.44	17.05	69.89	18.52	78.22	21.99	85.44	15.30			
<65-M-NO (n=28)	88.36	16.06	89.54	12.81	89.43	18.11	91.18	15.94			
≥65-H-O (n=16)	87.69	20.47	90.81	13.38	93.94	10.08	88.88	11.52			
≥65-H-NO (n=34)	93.74	12.86	92.32	13.63	96.65	8.81	98.56	6.21			
≥65-M-O (n=5)	77.20	25.12	83.60	20.42	90.00	22.36	90.20	14.70			
≥65-M-NO (n=30)	88.53	17.42	92.43	14.11	95.60	12.25	96.23	8.19			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

dos en el que disminuye. En los hombres ostomizados tras un incremento en el segundo y tercer momento se reduce su funcionamiento social en el cuarto. En los hombres no ostomizados y las mujeres ostomizadas tras un descenso en el funcionamiento social en el segundo momento se produce un incremento en los otros dos momentos. En las mujeres no ostomizadas aumenta el funcionamiento social en los cuatro momentos. Se ha de indicar que los hombres manifiestan un mayor funcionamiento social que las

mujeres, y que los pacientes ostomizados menor que los no ostomizados. No se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.644,417.708)=1.45$; $p=.232$; η^2 parcial=.009).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 75- el comportamiento es diferente. De esta forma, en las mujeres aumenta el funcionamiento social a lo largo de todo el periodo, a excepción del grupo menor de 65 años y ostomizadas en que disminuye el funcionamiento social en el segundo momento. En los otros tres grupos de mujeres se incrementa entre el tercer y cuarto momento, con mayor incidencia en el grupo de mujeres no ostomizadas. En los hombres se produce un efecto de disminución, ya bien en el segundo –menores de 65 años y no ostomizados y mayores de 65 años y no ostomizados-, tercer momento –menores de 65 años y ostomizados- o en el cuarto momento –mayores de 64 años y ostomizados-, para luego producirse un leve aumento. En los menores de 65 años se produce una disminución del funcionamiento social a lo largo del periodo, cuyo funcionamiento social es menor en los ostomizados. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.644,417.708)=.05$; $p=.977$; η^2 parcial=.000).

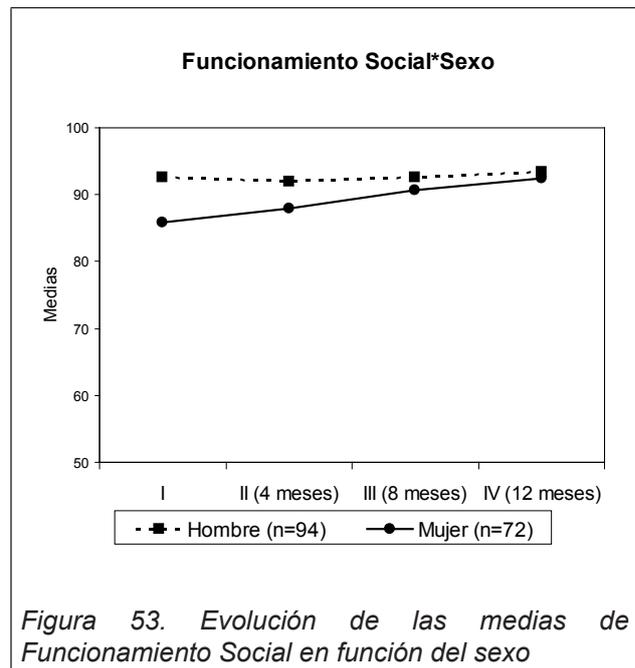
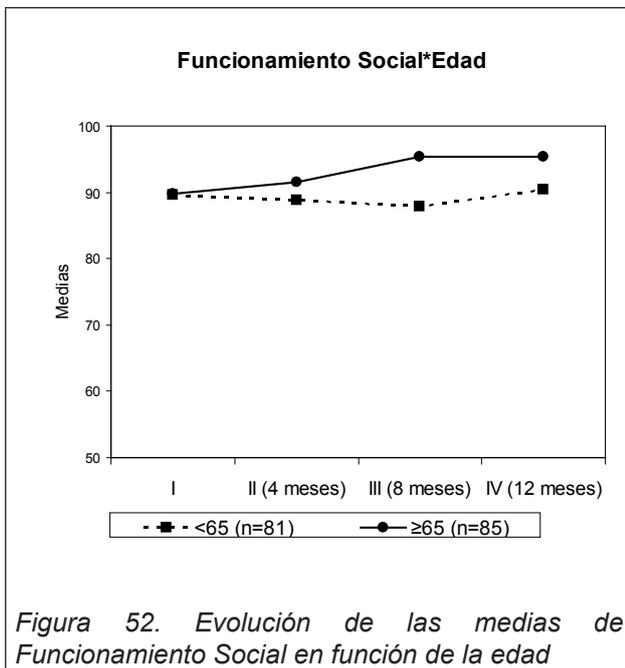


Imagen Corporal

a) *Diferencias en la imagen corporal entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.*

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias de la imagen corporal son elevadas sobre 80 –ver tabla 76-. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran una imagen corporal algo más baja que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, no siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($F(1,158)=.825$; $p=.365$ η^2 parcial=.005).

Respecto al sexo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una menor imagen corporal que los hombres, con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres –ver figura 54-. Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=8.468$; $p=.004$ η^2 parcial=.051).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que la imagen corporal es elevada, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan una menor imagen corporal que aquellos pacientes sin ostomía –ver figura 54-. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas, cuyo tamaño del efecto es grande (36.9%) ($F(1,158)=92.446$; $p=.000$; η^2 parcial=.369).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan una imagen corporal menor que en el caso de los iguales o mayores de 65 años. Asimismo, las mujeres en ambos grupos de edad muestran una menor imagen corporal que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.301$; $p=.584$ η^2 parcial=.002).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes con ostomía muestran menores puntuaciones en imagen corporal que el grupo de pacientes sin ostomía, independientemente de si son más o menos jóvenes. Los menores de 65 años presentan peores puntuaciones, independientemente del tipo de cirugía. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=.123$; $p=.726$ η^2 parcial=.001).

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede apreciar que en el grupo de no ostomizados las mujeres registran mayor imagen corporal que los hombres, mientras que en el caso de los ostomizados el grupo de mujeres tiene menor imagen corporal que los hombres –ver figura 55-. En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1, 158)=9.428$; $p=.003$; η^2 parcial=.056). Esto se debe a que las mujeres con ostomía refieren una imagen corporal inferior que sin ostomía con una diferencia bastante elevada, como se puede apreciar –ver figura 55-, asimismo en el caso de los hombres los que presentan ostomía manifiestan una imagen corporal menor que sin ostomía.

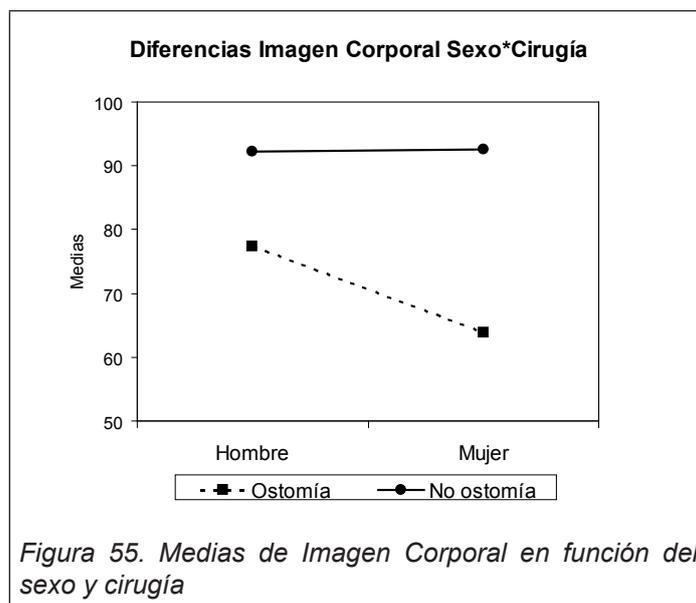
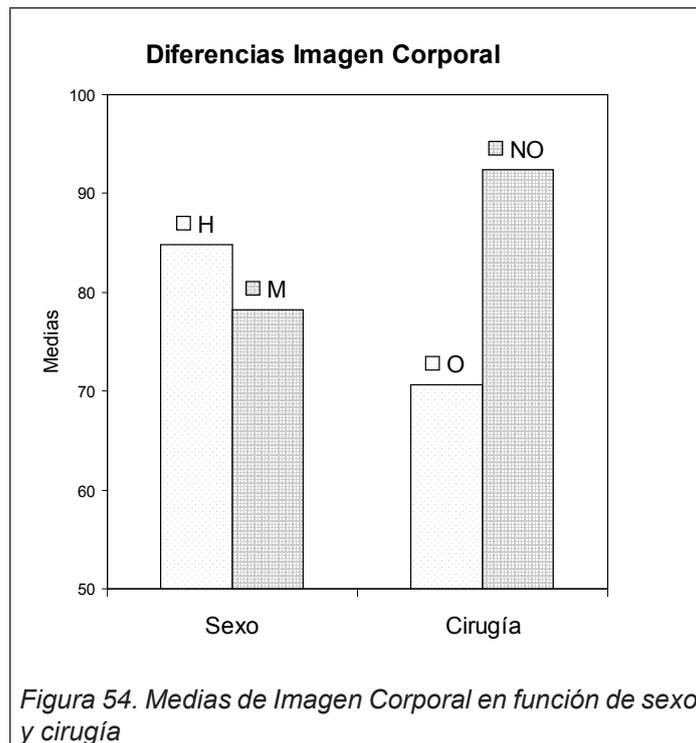
Tabla 76

Diferencias en imagen corporal (I.Corporal) en función de la edad, sexo y cirugía

<i>I.Corporal</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	80.50	13.49	.825	.365	.005
≥65 (n=85)	82.55	15.57			
Sexo					
hombre (n=94)	84.81	12.88	8.468	.004	.051
mujer (n=72)	78.24	15.49			
Cirugía					
ostomía (n=43)	70.67	13.04	92.446	.000	.369
no ostomía (n=123)	92.38	11.87			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	83.16	12.98	.301	.584	.002
<65-M (n=37)	77.83	13.81			
≥65-H (n=50)	86.45	12.70			
≥65-M (n=35)	78.64	16.93			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	69.25	12.05	.123	.726	.001
<65-NO (n=59)	91.75	11.86			
≥65-O (n=21)	72.09	13.91			
≥65-NO (n=64)	93.01	11.87			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	77.42	11.91	9.428	.003	.056
H-NO (n=65)	92.20	11.86			
M-O (n=14)	63.91	12.36			
M-NO (n=58)	92.56	11.87			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	75.46	11.85	.006	.940	.000
<65-H-NO (n=31)	90.86	11.85			
<65-M-O (n=9)	63.03	11.85			
<65-M-NO (n=28)	92.63	11.85			
≥65-H-O (n=16)	79.38	11.85			
≥65-H-NO (n=34)	93.53	11.85			
≥65-M-O (n=5)	64.80	11.85			
≥65-M-NO (n=30)	92.48	11.85			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general presentan elevada imagen corporal, salvo el grupo de mujeres jóvenes con ostomía que son las que peor imagen corporal presentan. En esta interacción, en función de la edad los iguales o mayores de 65 años presentan una mejor imagen corporal, sobre todo en el caso de los hombres y mujeres no ostomizados. En el grupo de menores de 65 años, tanto en los hombres como en las mujeres ostomizados, la imagen corporal es peor que en los no ostomizados. La interacción no es estadísticamente significativa ($F(1,158)=.006$; $p=.940$; η^2 parcial=.000).



b) Evolución de la imagen corporal en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de imagen corporal en los cuatro momentos es muy alto, pues su media se encuentra próxima a 100. El patrón de la imagen corporal descrito, a lo largo del año de evaluación, se reduce la imagen corporal desde la primer toma de datos en el segundo y tercer momento de evaluación. Luego se incrementa mínimamente en el cuarto momento pero sin llegar a la puntuación inicial.

Este patrón no produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos –ver tabla 78- ($F(2.999,473.887)=1.818$; $p=.143$; η^2 parcial=.011).

Tabla 77
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
<i>Imagen Corporal</i>	.906	15.508	5	.008	.939	1.000	.333

Tabla 78
Evolución de la I.Corporal en los cuatro momentos (n=166)

<i>I.Corporal</i>	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	88.14	17.21	1.818	.143	.011	I-II	.594
Evaluación 2	87.34	17.07				I-III	.257
						I-IV	1.000
II-III	1.000						
Evaluación 3	86.42	18.99	II-IV	1.000			
Evaluación 4	87.67	18.20	III-IV	.525			

c) Evolución de la imagen corporal en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

En primer lugar, la evolución de la imagen corporal en función de los grupos de edad –ver tabla 79- muestra a lo largo del periodo evaluado diferente evolución. Los menores de 65 años disminuyen las puntuaciones entre el segundo y tercer momento de evaluación. Los iguales o mayores de 65 años reduce los valores medios de imagen corporal en la segunda evaluación y luego se incrementa entre el tercer y cuarto momento. Las puntuaciones son más bajas en general en los menores de 65 años a lo largo del año. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=1.42$; $p=.236$; η^2 parcial=.009).

Tabla 79

Evolución de la I.Corporal en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
I.Corporal*Edad											
<65 (n=81)	87.78	17.04	87.37	16.96	83.84	20.51	84.65	20.63	1.42	.236	.009
≥65 (n=85)	88.48	17.47	87.32	17.27	88.87	17.18	90.55	15.10			
I.Corporal*Sexo											
hombre (n=94)	89.59	16.00	89.47	15.80	85.37	17.77	86.54	17.61	4.52	.004	.028
mujer (n=72)	86.25	18.62	84.57	18.34	87.78	20.52	89.15	18.96			
I.Corporal*Cirugía											
O (n=43)	76.72	19.08	72.88	20.28	69.81	20.24	72.88	20.56	1.88	.132	.012
NO (n=123)	92.13	14.60	92.40	12.37	92.22	14.69	92.85	14.08			
I.Corporal*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	90.75	12.98	89.75	15.08	81.75	19.55	83.00	20.19	1.35	.257	.008
<65-M (n=37)	84.24	20.50	84.54	18.78	86.32	21.60	86.62	21.24			
≥65-H (n=50)	88.56	18.32	89.22	16.56	88.56	15.55	89.66	14.47			
≥65-M (n=35)	88.37	16.43	84.60	18.13	89.31	19.51	91.83	16.08			
I.Corporal*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	75.00	21.79	70.50	20.48	66.00	20.90	70.00	23.07	.20	.898	.001
<65-NO (n=59)	92.54	11.99	93.66	9.84	90.49	16.01	90.12	16.81			
≥65-O (n=21)	78.52	16.12	75.38	20.26	73.81	19.20	75.90	17.61			
≥65-NO (n=64)	91.75	16.75	91.23	14.29	93.81	13.28	95.36	10.52			
I.Corporal*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	81.79	16.70	79.90	19.74	73.45	19.17	75.34	17.56	.71	.546	.004
H-NO (n=65)	93.06	14.50	93.74	11.50	90.69	14.32	91.54	15.28			
M-O (n=14)	66.21	19.99	58.36	12.34	62.29	21.01	67.79	25.69			
M-NO (n=58)	91.09	14.78	90.90	13.22	93.93	15.03	94.31	12.57			
I.Corporal*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	82.23	17.70	78.85	21.28	68.69	21.93	72.08	21.36	.02	.995	.000
<65-H-NO (n=31)	94.32	8.46	94.32	8.46	87.23	15.84	87.58	18.13			
<65-M-O (n=9)	64.56	23.83	58.44	12.02	62.11	19.92	67.00	26.38			
<65-M-NO (n=28)	90.57	14.88	92.93	11.29	94.11	15.70	92.93	15.03			
≥65-H-O (n=16)	81.44	16.42	80.75	19.05	77.31	16.30	78.00	13.91			
≥65-H-NO (n=34)	91.91	18.43	93.21	13.81	93.85	12.17	95.15	11.23			
≥65-M-O (n=5)	69.20	12.05	58.20	14.34	62.60	25.32	69.20	27.39			
≥65-M-NO (n=30)	91.57	14.92	89.00	14.73	93.77	14.64	95.60	9.84			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En relación con el sexo, se puede indicar que la imagen corporal presenta una reducción de las medias en el segundo y tercero para luego aumentar en la última evaluación en el grupo de hombres –ver tabla 79 y figura 56-. En las mujeres se produce una disminución en el segundo momento, para incrementarse en los otros dos momentos y con una mejor imagen corporal que los hombres en estos dos momentos. En este caso se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el efecto del sexo sobre la imagen corporal, con un tamaño del efecto pequeño ($F(2.999,473.887)=4.52$; $p=.004$; η^2 parcial=.028).

En cuanto a la cirugía, se produce una disminución de la imagen corporal en el grupo con ostomía excepto en la última evaluación, mientras que el grupo sin ostomía no presenta apenas cambios a lo largo del año de evaluación. Se ha de apuntar que los pacientes no ostomizados muestran una mayor imagen corporal en los cuatro momentos de evaluación. No se han encontrado diferencias de las medias estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=1.88$; $p=.132$; η^2 parcial=.012).

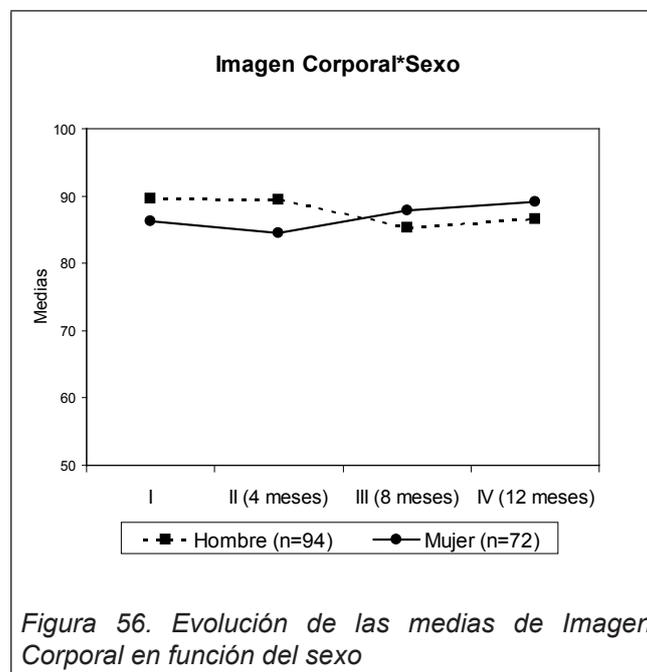
Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar que en el caso de los hombres, en los menores de 65 años decrece claramente su imagen corporal hasta el tercer momento, con un leve incremento en el cuarto. En los de edad igual o mayor de 65 se mantiene prácticamente estable en el periodo evaluado, con un ligero incremento en el cuarto periodo. Respecto a las mujeres, en las del grupo menor de 65 años se produce una mejora de la imagen corporal a lo largo del periodo, mientras que en las de edad igual o mayor a 65 años se incrementa también, tras una leve disminución en el segundo momento. Se ha de destacar que al final las mujeres presentan una mejor imagen corporal que los hombres en los últimos momentos de la evaluación, pese a partir de una peor imagen. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=1.35$; $p=.257$; η^2 parcial=.008).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía la imagen corporal disminuye en el segundo y tercer momento en los grupos con ostomía, independientemente de la edad. En los pacientes sin ostomía menores de 65 años aumenta la imagen corporal en la segunda evaluación y en los igual o mayores de 65 años aumenta la imagen corporal en la tercera y cuarta evaluación. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=.20$; $p=.898$; η^2 parcial=.001).

La interacción del sexo y la cirugía se percibe que en los hombres ostomizados se produce un descenso hasta el tercer momento de la evaluación, para en el cuarto subir. En el grupo de hombres no ostomizados, tras un repunte en el segundo momento se produce una bajada en el tercero y recuperación en el cuarto. En las mujeres, tras un

empeoramiento en la imagen corporal entre el primer y el segundo momento, se produce un incremento en los otros dos momentos. Los pacientes ostomizados presentan una menor imagen corporal, mientras que las mujeres no ostomizadas superan al final a los hombres no ostomizados. Esto no se produce en el caso de los pacientes ostomizados. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=.71$; $p=.546$; η^2 parcial=.004).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 79- el patrón es complejo. De esta forma en el grupo de las mujeres ostomizadas se produce una disminución de la imagen corporal en el segundo momento de evaluación e incrementándose posteriormente. Estos dos grupos son los que presentan puntuaciones más bajas a lo largo del periodo de evaluación. En cuanto a las mujeres mayores de 65 años no ostomizadas hay incremento de la imagen corporal en el tercer y cuarto momento. En los hombres ostomizados se produce una disminución en la puntuación de la imagen corporal hasta el tercer momento, para incrementarse en el cuarto. En el grupo de los hombres no ostomizados –con un valor mayor que los ostomizados- los menores de 65 años surgen una disminución en el tercer trimestre, mientras que los mayores incrementan la puntuación en todo el periodo. En este caso, las diferencias no son estadísticamente significativas ($F(2.999,473.887)=.02$; $p=.995$; η^2 parcial=.000).



Funcionamiento Sexual

a) Diferencias en el funcionamiento sexual entre los grupos en función de la edad, sexo y tipo de cirugía.

En primer lugar, en relación con los efectos principales se puede observar –ver tabla 80- que en función de la edad en ambos grupos las puntuaciones medias del funcionamiento sexual no son elevadas, con una variabilidad alta en ambos grupos. Respecto a la diferencia entre los grupos, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento sexual más alto que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, como se puede apreciar –ver figura 57-, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($F(1,158)=5.249$; $p=.023$; η^2 parcial=.032).

Respecto al sexo, se ha de apuntar que las mujeres muestran un menor funcionamiento sexual que los hombres, con una variabilidad alta en ambos grupos y con una dispersión de las puntuaciones mayor en las mujeres que en los hombres –ver figura 57-. Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos, con un tamaño del efecto grande (28%) ($F(1,158)=62.763$; $p=.000$; η^2 parcial=.284).

Referente a la cirugía, los valores medios de ambos grupos sugieren que el funcionamiento sexual no es excesivo, si bien los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor funcionamiento sexual que aquellos pacientes sin ostomía. En este caso, las diferencias encontradas entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.198$; $p=.275$; η^2 parcial=.008).

Si consideramos la interacción entre los tres factores variables, se puede apuntar que en la interacción edad y sexo los hombres y las mujeres menores de 65 años presentan un funcionamiento sexual mayor que en el caso de los iguales o mayores de 65 años, así como las mujeres en ambos grupos de edad muestran un menor funcionamiento sexual que los hombres. Sin embargo, las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=3.492$; $p=.064$; η^2 parcial=.022).

En la interacción de la edad con la cirugía se puede apreciar que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años muestran medias menores en funcionamiento sexual que el grupo más joven, independientemente de presentar o no ostomía. Asimismo, los pacientes más jóvenes con ostomía manifiestan menor funcionamiento sexual que los no ostomizados. Sin embargo en el grupo de igual o mayor de 65 años, los ostomizados presentan mejor funcionamiento sexual que los no ostomizados. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($F(1,158)=2.286$; $p=.133$; η^2 parcial=.014).

Tabla 80
Diferencias en funcionamiento sexual (F.Sexual) en función edad, sexo y cirugía

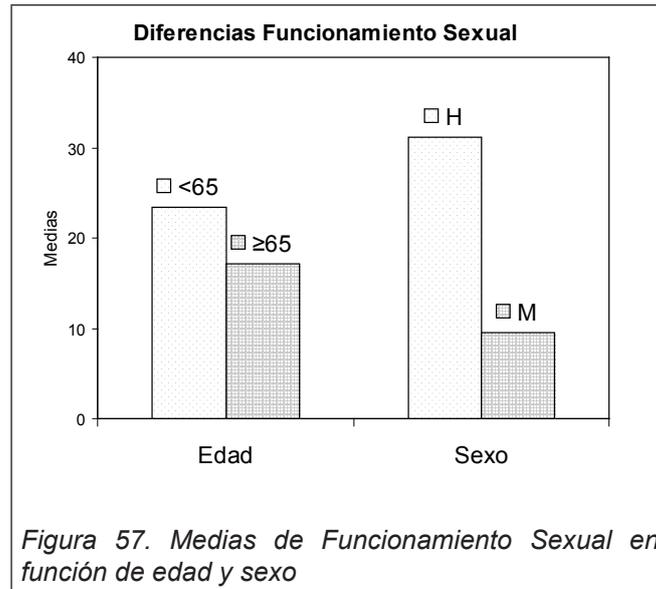
F.Sexual	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial
Edad					
<65 (n=81)	23.43	16.32	5.249	.023	.032
≥65 (n=85)	17.17	18.84			
Sexo					
hombre (n=94)	31.12	15.58	62.763	.000	.284
mujer (n=72)	9.47	18.75			
Cirugía					
ostomía (n=43)	18.80	15.77	1.198	.275	.008
no ostomía (n=123)	21.79	14.38			
Edad*sexo					
<65-H (n=44)	36.80	15.71	3.492	.064	.022
<65-M (n=37)	10.05	16.70			
≥65-H (n=50)	25.44	15.37			
≥65-M (n=35)	8.90	20.48			
Edad*Cirugía					
<65-O (n=22)	19.86	14.58	2.286	.133	.014
<65-NO (n=59)	26.99	14.36			
≥65-O (n=21)	17.74	16.83			
≥65-NO (n=64)	16.60	14.37			
Sexo*Cirugía					
H-O (n=29)	27.80	14.41	1.785	.183	.011
H-NO (n=65)	34.44	14.36			
M-O (n=14)	9.80	14.96			
M-NO (n=58)	9.14	14.35			
Edad*Sexo*Cirugía					
<65-H-O (n=13)	32.42	14.34	.545	.461	.003
<65-H-NO (n=31)	41.18	14.34			
<65-M-O (n=9)	7.31	14.33			
<65-M-NO (n=28)	12.80	14.33			
≥65-H-O (n=16)	23.17	14.34			
≥65-H-NO (n=34)	27.70	14.33			
≥65-M-O (n=5)	12.30	14.34			
≥65-M-NO (n=30)	5.49	14.33			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En la interacción del sexo con la cirugía, se puede observar que las mujeres registran menor funcionamiento sexual que los hombres, sin presentar en los cuatro grupos un excesivo funcionamiento sexual. En los hombres ostomizados presentan peor funcionamiento sexual, que ocurre al contrario en el caso de las mujeres. En este caso, las diferencias tampoco son estadísticamente significativas ($F(1,158)=1.785$; $p=.183$; η^2 parcial=.011).

Finalmente en la interacción de edad, sexo y cirugía se puede observar que en general no presentan excesivo funcionamiento sexual, mostrando un comportamiento diferente en función del sexo y de la cirugía. En esta interacción, en función de la edad y sexo los hombres menores de 65 años presentan un mayor funcionamiento sexual que el resto de grupos, así como en los hombres jóvenes y mayores se observa que los

no ostomizados tienen mayor funcionamiento sexual que los ostomizados respectivamente. En el grupo de las mujeres, las iguales o mayores de 65 años no ostomizadas presentan un menor funcionamiento sexual que las ostomizadas. En cambio, en el grupo de mujeres menores de 65 años las ostomizadas muestran mayor funcionamiento sexual. Se ha apuntar que las mujeres presentan un menor funcionamiento sexual que los hombres. La interacción tampoco es estadísticamente significativa ($F(1,158)=.545$; $p=.461$; η^2 parcial=.003).



b) Evolución del funcionamiento sexual en los cuatro momentos de evaluación

El nivel de funcionamiento sexual en los cuatro momentos no es muy alto, pues su media se encuentra por debajo del punto de corte 50, con una variabilidad alta.

El patrón del funcionamiento sexual descrito, a lo largo del año de evaluación, es un aumento de la misma, sobre todo entre el primer y segundo momento de evaluación, para estabilizarse a partir del tercer momento.

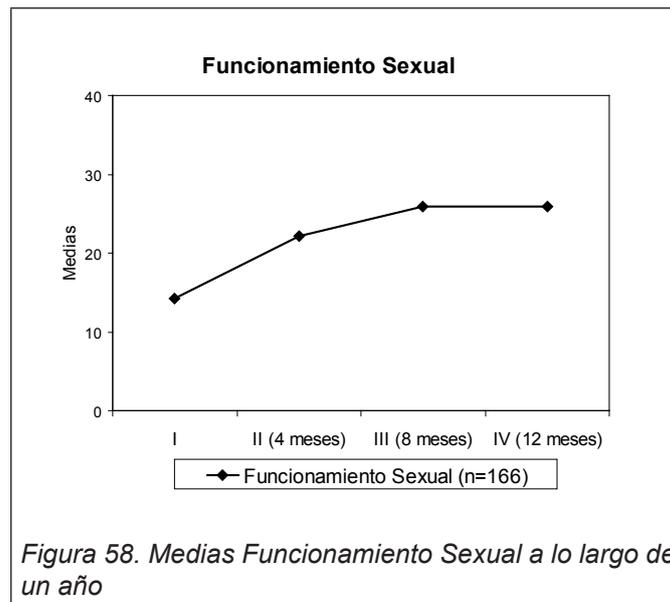
Este patrón produce diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mediano ($F(3,474)=14.316$; $p=.000$; η^2 parcial=.083). La explicación de las mismas es por las distancias significativas entre el primer momento de evaluación con los tres siguientes –ver tabla 82 y figura 58.

Tabla 81
Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	gl	Sig.	Epsilon		
					Greehouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite-inferior
<i>Funcionamiento sexual</i>	.917	13.534	5	.019	.949	1.000	.333

Tabla 82
Evolución del funcionamiento sexual en los cuatro momentos (n=166)

F. Sexual	Media	DT	F	Sig.	η^2 parcial	Comparaciones por pares (Bonferroni)	
						Momentos	Sig.
Evaluación 1	14.28	20.82	14.316	.000	.083	I-II	.000
Evaluación 2	22.19	23.68				I-III	.000
Evaluación 3	25.87	23.37				I-IV	.000
Evaluación 4	25.87	23.59				II-III	1.000
						II-IV	1.000
						III-IV	1.000



c) Evolución del funcionamiento sexual en los cuatro momentos de evaluación entre los diferentes grupos en función de la edad, sexo y cirugía

En primer lugar, la evolución del funcionamiento sexual en función de los grupos de edad –ver tabla 83- muestra que a lo largo del periodo evaluado se produce un aumento de la misma en ambos grupos, matizando que el grupo de iguales o mayores de 65 años que en el cuarto momento se produce una ligera disminución. Los valores medios más altos de funcionamiento sexual se producen en el grupo de menores de 65 años. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.89$; $p=.445$; η^2 parcial=.006).

En relación con el sexo, se puede indicar que el funcionamiento sexual aumenta en ambos grupos a lo largo del periodo, si bien en los hombres se produce una ligera disminución en el cuarto periodo. Asimismo, se ha de indicar que los hombres refieren mayor funcionamiento sexual que las mujeres. En este caso, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evolución del efecto del sexo sobre el funcionamiento sexual ($F(3,474)=1.03$; $p=.379$; η^2 parcial=.006).

En cuanto a la cirugía, en el grupo con ostomía se incrementa la función sexual hasta el tercer momento, disminuyendo en el cuarto. En el grupo sin ostomía se produce un incremento en todo el periodo de evaluación. No se han encontrado diferencias de las medias estadísticamente significativas ($F(3,474)=1.44$; $p=.229$; η^2 parcial=.009).

Si consideramos la interacción de la edad y el sexo se puede apuntar, en conjunto, que el funcionamiento sexual aumenta entre el primer y el cuarto momento de evaluación, con algún descenso en algún momento y algún grupo para luego incrementar la puntuación. En el grupo de mujeres de menos de 65 años se produce un ligero descenso entre el segundo y tercer momento, mientras que en el grupo de hombres menores de 65 años se incrementa a lo largo del periodo de evaluación. En cuanto al grupo de edad de igual o mayor de 65 años el funcionamiento sexual disminuye en el cuarto momento en ambos sexos. Además, en los hombres del grupo de mayor edad el funcionamiento sexual es menor que en los jóvenes, lo que ocurre igual en el caso de las mujeres. Estas diferencias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.80$; $p=.493$; η^2 parcial=.005).

En función de la interacción de la edad y de la cirugía el funcionamiento sexual aumenta en los tres primeros momentos en los cuatro grupos. En los pacientes menores de 65 años se incrementa el funcionamiento sexual a lo largo de todo el periodo de evaluación, sobre todo en los pacientes no ostomizados. En el grupo de edad igual o mayor de 65 años, el funcionamiento sexual se reduce en el grupo de pacientes ostomizados en el cuarto momento. Los pacientes menores 65 años no ostomizados presentan medias más elevadas en todos los momentos de evaluación que los ostomizados, no ocurre lo mismo en los mayores. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.99$; $p=.399$; η^2 parcial=.006).

La interacción del sexo y la cirugía se percibe hay un incremento del funcionamiento sexual entre el primer momento y el cuarto. No obstante, en los hombres ostomizados se produce un descenso entre el tercer y el cuarto momento de la evaluación, mientras que en las mujeres ostomizadas se produce este descenso entre el segundo y el tercer momento.

Tabla 83

Evolución del F.Sexual en los cuatro momentos en función de la edad, sexo y cirugía

	Evaluación 1		Evaluación 2		Evaluación 3		Evaluación 4		F	Sig.	η^2 parcial
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
F.Sexual*Edad											
<65 (n=81)	17.53	22.74	26.09	23.23	29.36	24.25	31.81	22.79	.89	.445	.006
≥65 (n=85)	11.19	18.42	18.48	23.65	22.54	22.13	20.20	23.06			
F.Sexual*Sexo											
hombre (n=94)	23.15	23.10	31.47	23.46	37.27	20.20	36.22	22.84	1.03	.379	.006
mujer (n=72)	2.71	8.27	10.08	17.89	10.99	18.38	12.35	16.80			
F.Sexual*Cirugía											
O (n=43)	12.19	18.42	24.93	20.31	26.51	18.54	21.91	20.07	1.44	.229	.009
NO (n=123)	15.02	21.62	21.24	24.76	25.64	24.90	27.25	24.63			
F.Sexual*Edad*Sexo											
<65-H (n=44)	30.43	23.45	36.39	21.31	43.57	18.24	43.98	18.86	.80	.493	.005
<65-M (n=37)	2.19	6.83	13.84	19.31	12.46	19.21	17.35	18.25			
≥65-H (n=50)	16.74	21.00	27.14	24.60	31.72	20.39	29.40	24.01			
≥65-M (n=35)	3.26	9.63	6.11	15.57	9.43	17.60	7.06	13.43			
F.Sexual*Edad*Cirugía											
<65-O (n=22)	15.00	21.02	22.45	18.80	25.55	20.29	25.59	21.55	.99	.399	.006
<65-NO (n=59)	18.47	23.45	27.44	24.68	30.78	25.58	34.14	22.98			
≥65-O (n=21)	9.24	15.19	27.52	21.94	27.52	16.96	18.05	18.10			
≥65-NO (n=64)	11.83	19.43	15.52	23.60	20.91	23.47	20.91	24.56			
F.Sexual*Sexo*Cirugía											
H-O (n=29)	16.97	20.50	31.31	19.60	34.21	14.78	26.79	20.08	.56	.643	.004
H-NO (n=65)	25.91	23.81	31.54	25.13	38.63	22.17	40.43	22.88			
M-O (n=14)	2.29	5.81	11.71	15.06	10.57	15.31	11.79	16.41			
M-NO (n=58)	2.81	8.80	9.69	18.61	11.09	19.16	12.48	17.03			
F.Sexual*Edad*Sexo*Cirugía											
<65-H-O (n=13)	25.38	22.07	31.69	15.87	36.92	15.40	35.69	18.99	.51	.676	.003
<65-H-NO (n=31)	32.55	24.03	38.35	23.16	46.35	18.84	47.45	17.99			
<65-M-O (n=9)	0.00	0.00	9.11	14.52	9.11	14.52	11.00	16.50			
<65-M-NO (n=28)	2.89	7.75	15.36	20.61	13.54	20.60	19.39	18.59			
≥65-H-O (n=16)	10.13	16.84	31.00	22.70	32.00	14.37	19.56	18.42			
≥65-H-NO (n=34)	19.85	22.24	25.32	25.57	31.59	22.88	34.03	25.16			
≥65-M-O (n=5)	6.40	8.76	16.40	16.50	13.20	18.08	13.20	18.08			
≥65-M-NO (n=30)	2.73	9.81	4.40	15.01	8.80	17.76	6.03	12.61			

Nota. DT= desviación típica; H= hombre; M= mujer; O= ostomía; NO= no ostomía

En el grupo de no ostomizados se produce un incremento a lo largo de todo el periodo, mayor en los hombres. Los hombres presentan una mayor función sexual que las mujeres en todo el periodo. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($F(3,474)=.56$; $p=.643$; η^2 parcial=.004).

En la interacción de los tres factores –como se puede apreciar en la tabla 83- el patrón es complejo. Entre la primera y segunda evaluación hay un incremento del funcionamiento sexual en todos los grupos. En el grupo de hombres menores de 65 años no ostomizados se produce un incremento constante del funcionamiento sexual a lo largo del periodo y presenta mayores medias de funcionamiento sexual que el resto de grupos. Este mismo patrón se produce en el grupo de mujeres jóvenes ostomizadas, dado que se incrementa el funcionamiento sexual a lo largo de todo el periodo. En cuanto a las mujeres, las menores de 65 años no ostomizadas se produce un incremento, a excepción de una disminución entre el segundo y tercer momento, que se produce en las mujeres de igual edad o mayor de 65 años. En los hombres ostomizados y mayores de 64 años y en las mujeres no ostomizadas y de igual edad en el cuarto momento se produce una disminución, después de un incremento en los otros. En todos los casos los hombres presentan mayor funcionamiento sexual que las mujeres. Las diferencias entre las medias no son estadísticamente significativas ($F(3,474)=.51$; $p=.676$; η^2 parcial=.003).

5.3. Relaciones de las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida

En este apartado se pretende conocer las relaciones entre las Variables Psicológicas y la Calidad de Vida en los cuatro momentos de la evaluación. Para ello, se realizaron Correlaciones de Pearson en los cuatro tiempos de evaluación entre las siguientes variables: ansiedad, depresión, autoestima, escala global de CV, las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social y los cinco estilos de afrontamiento: espíritu de lucha, desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y negación/evitación.

Correlaciones de Pearson en la primera evaluación

La primera evaluación de los pacientes se realiza a un mes después de la intervención quirúrgica durante la primera visita al Servicio de Oncología Médica y antes de iniciar el tratamiento complementario.

La dimensión ansiedad presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 84– con las dimensiones depresión ($r = .759$, $p < .001$), desesperanza ($r = .724$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .576$, $p < .001$), fatalismo ($r = .487$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .187$, $p < .05$). Por otra parte, la ansiedad muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.715$, $p < .001$), CV ($r = -.642$, $p < .001$), funcionamiento físico ($r = -.463$, $p < .001$), rol ($r = -.426$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.848$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.498$, $p < .001$), funcionamiento social ($r = -.492$, $p < .001$) y el espíritu de lucha ($r = -.647$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en la relación ansiedad-depresión, ansiedad-autoestima, ansiedad-espíritu de lucha, ansiedad-desesperanza, ansiedad-preocupación ansiosa, ansiedad-CV y ansiedad-funcionamiento emocional. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre ansiedad y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-ansiedad que el tamaño del efecto es pequeño.

En esta primera evaluación, las medidas de la depresión presentan una relación positiva y estadísticamente significativa con la desesperanza ($r = .747$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .438$, $p < .001$) y fatalismo ($r = .477$, $p < .001$). Por otra parte, la depresión muestra una relación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.653$, $p < .001$), espíritu de lucha ($r = -.689$, $p < .001$), CV global ($r = -.648$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV: funcionamiento físico ($r = -.569$, $p < .001$), rol ($r = -.471$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.781$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.482$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = -.473$, $p < .001$).

Mientras que no existe correlación estadísticamente significativa entre depresión y la negación/evitación ($r = .124$). El tamaño del efecto es grande en la relación depresión-autoestima, depresión-CV, depresión-funcionamiento físico, depresión-funcionamiento emocional, depresión-espíritu de lucha y depresión-deseesperanza. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre la depresión y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación/evitación-depresión que el tamaño del efecto es pequeño.

En cuanto a la autoestima presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 84- con la CV global ($r = .528$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = .410$, $p < .001$), rol ($r = .383$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .708$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .453$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .412$, $p < .001$). También se aprecia que la autoestima tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .546$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = -.642$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.532$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.386$, $p < .001$) y negación/evitación cognitiva ($r = -.165$, $p < .05$). El tamaño del efecto es grande en la relación autoestima-CV, autoestima-funcionamiento emocional, autoestima-espíritu de lucha, autoestima-deseesperanza y autoestima-preocupación ansiosa. El tamaño del efecto es medio en las otras relaciones entre autoestima y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación/evitación-depresión que el tamaño del efecto es pequeño.

La CV global presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV: funcionamiento físico ($r = .528$, $p < .001$), rol ($r = .576$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .572$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .439$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .615$, $p < .001$). La relación de la CV con las estrategias de afrontamiento tiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .547$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con las estrategias de desesperanza ($r = -.627$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.521$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.411$, $p < .001$) y negación/evitación cognitiva ($r = -.208$, $p < .01$). El tamaño del efecto es grande en la relación CV-funcionamiento físico, CV-rol, CV-funcionamiento emocional, CV-funcionamiento social, CV-espíritu de lucha, CV-deseesperanza y CV-preocupación ansiosa. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre CV y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-CV que el tamaño del efecto es pequeño.

En las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV se correlacionan positivamente y estadísticamente significativa entre todas ellas: funcionamiento físico,

rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social. Y todas las subescalas de CV repiten la correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha y la correlación negativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. No siendo estadísticamente significativa la correlación entre negación/evitación y funcionamiento físico, rol, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social excepto el funcionamiento emocional que muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa ($r = .218, p < .01$).

La estrategia de afrontamiento negación/evitación presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = .277, p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .192, p < .05$) y fatalismo ($r = .173, p < .05$). Por otra parte, la negación/evitación muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = -.232, p < .01$). El tamaño del efecto es pequeño en las correlaciones entre negación/evitación y todas las estrategias de afrontamiento.

Tabla 84
Correlación de Pearson. Primera evaluación.

Variables	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13			
	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²														
1. Ansiedad																												
2. Depresión	.759***	57.6%																										
3. Autoestima	-.715***	51.1%	-.653***	42.6%																								
4. E. lucha	-.647***	41.9%	-.689***	47.5%	.546***	29.8%																						
5. Desesperanza	.724***	52.4%	.747***	55.8%	-.642***	41.2%	-.744***	55.4%																				
6. P. Ansiosa	.576***	33.2%	.438***	19.2%	-.532***	28.3%	-.411***	16.9%	.530***	28.1%																		
7. Fatalismo	.487***	23.7%	.477***	22.8%	-.386***	14.9%	-.473***	22.4%	.585***	34.2%	.366***	13.4%																
8. Negac/evitac	.187*	3.5%	.124	1.5%	-.165*	2.7%	-.232**	5.4%	.277***	7.7%	.192*	3.7%	.173*	3.0%														
9. CV	-.642***	41.2%	-.648***	42.0%	.528***	27.9%	.547***	29.9%	-.627***	39.3%	-.521***	27.1%	-.411***	16.9%	-.208**	4.3%												
10. F. físico	-.463***	21.4%	-.569***	32.4%	.410***	16.8%	.442***	19.5%	-.448***	20.1%	-.339***	11.5%	-.337***	11.4%	-.055	0.3%	.528***	27.9%										
11. Rol	-.426***	18.1%	-.471***	22.2%	.383***	14.7%	.328***	10.8%	-.353***	12.5%	-.385***	14.8%	-.188*	3.5%	-.099	1.0%	.576***	33.2%	.660***	43.6%								
12. F. emocional	-.848***	71.9%	-.781***	61.0%	.708***	50.1%	.679***	46.1%	-.760***	57.8%	-.526***	27.7%	-.474***	22.5%	-.218**	4.8%	.572***	32.7%	.394***	15.5%	.315***	9.9%						
13. F. cognitivo	-.498***	24.8%	-.482***	23.2%	.453***	20.5%	.369***	13.6%	-.498***	24.8%	-.418***	17.5%	-.291***	8.5%	-.145	2.1%	.439***	19.3%	.204**	4.2%	.216**	4.7%	.516***	26.6%				
14. F. social	-.492***	24.2%	-.473***	22.4%	.412***	17.0%	.503***	25.3%	-.478***	22.8%	-.465***	21.6%	-.301***	9.1%	-.147	2.2%	.615***	37.8%	.371***	13.8%	.439***	19.3%	.489***	23.9%	.407***	16.6%		

Nota. * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001, N=166

Correlaciones de Pearson en la segunda evaluación

La segunda evaluación de los pacientes se realiza al 4º mes, la evaluación coincide con el primer día del tratamiento del cuarto ciclo antes de recibir la quimioterapia, el enfermo está en curso del tratamiento activo y con los efectos adversos propios del mismo, o continua revisiones en Servicio Oncología Médica sin tratamiento complementario.

La dimensión ansiedad presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 85- con las dimensiones depresión ($r = .579$, $p < .001$), desesperanza ($r = .636$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .560$, $p < .001$), fatalismo ($r = .497$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .168$, $p < .05$). Por otra parte, la ansiedad muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.552$, $p < .001$), CV ($r = -.538$, $p < .001$), funcionamiento físico ($r = -.399$, $p < .001$), rol ($r = -.462$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.776$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.528$, $p < .001$), funcionamiento social ($r = -.547$, $p < .001$) y el espíritu de lucha ($r = -.620$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en la relación ansiedad-depresión, ansiedad-autoestima, ansiedad-espíritu de lucha, ansiedad-desesperanza, ansiedad-preocupación ansiosa, ansiedad-CV, ansiedad-funcionamiento emocional, ansiedad-funcionamiento cognitivo y ansiedad-funcionamiento social. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre ansiedad y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-ansiedad que el tamaño del efecto es pequeño.

En esta segunda evaluación, las medidas de la depresión presentan una relación positiva y estadísticamente significativa con la desesperanza ($r = .708$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .441$, $p < .001$), fatalismo ($r = .549$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .212$, $p < .01$). Por otra parte, la depresión muestra una relación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.627$, $p < .001$), espíritu de lucha ($r = -.697$, $p < .001$), CV global ($r = -.594$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = -.510$, $p < .001$), rol ($r = -.536$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.706$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.457$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = -.530$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en la relación depresión-autoestima, depresión-CV, depresión-funcionamiento físico, depresión-rol, depresión-funcionamiento emocional, depresión-funcionamiento social, depresión-espíritu de lucha, depresión-desesperanza y depresión-fatalismo. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre la depresión y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación/evitación-depresión que el tamaño del efecto es pequeño.

En cuanto a la autoestima presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 85- con la CV global ($r = .471$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV: funcionamiento físico ($r = .290$, $p < .001$), rol ($r = .384$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .684$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .415$, $p < .001$) y fun-

cionamiento social ($r = .408$, $p < .001$). También se aprecia que la autoestima tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .647$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = -.658$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.490$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.555$, $p < .001$) y negación/evitación cognitiva ($r = -.262$, $p < .01$). El tamaño del efecto es grande en la relación autoestima-funcionamiento emocional, autoestima-espíritu de lucha, autoestima-desesperanza y autoestima-fatalismo. El tamaño del efecto es medio en las otras relaciones entre autoestima y las restantes dimensiones.

La CV global presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = .514$, $p < .001$), rol ($r = .578$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .659$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .393$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .463$, $p < .001$). En cuanto a la CV con las estrategias de afrontamiento tiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .542$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con las estrategias de desesperanza ($r = -.572$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.363$, $p < .001$) y fatalismo ($r = -.427$, $p < .001$). Mientras que no existe correlación estadísticamente significativa entre CV y la negación/evitación ($r = -.127$). El tamaño del efecto es grande en la relación CV-funcionamiento físico, CV-rol, CV-funcionamiento emocional, CV-espíritu de lucha y CV-desesperanza. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre CV y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-CV que el tamaño es pequeño.

En las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV se correlacionan positivamente y estadísticamente significativa entre todas ellas: funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social. Y todas las subescalas de CV repiten la correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha y la correlación negativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. A excepción de negación/evitación con funcionamiento emocional ($r = -.180$, $p < .05$) y funcionamiento social ($r = -.189$, $p < .05$) con una correlación negativa y estadísticamente significativa. No existe correlación estadísticamente significativa entre negación/evitación y funcionamiento físico, rol y funcionamiento cognitivo.

La estrategia de afrontamiento negación/evitación presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = .345$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .299$, $p < .001$) y fatalismo ($r = .360$, $p < .001$). Por otra parte, la negación/evitación muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = -.248$, $p < .01$). El tamaño del efecto es medio en las correlaciones entre negación/evitación y desesperanza y fatalismo, excepto en la relación negación-preocupación ansiosa y negación-espíritu de lucha que el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 85
Correlación de Pearson. Segunda evaluación.

Variables	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		
	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²													
1. Ansiedad																											
2. Depresión	.579***	33.5%																									
3. Autoestima	-.552***	30.5%	-.627***	39.3%																							
4. E. lucha	-.620***	38.4%	-.697***	48.6%	.647***	41.9%																					
5. Desesperanza	.636***	40.4%	.708***	50.1%	-.658***	43.3%	-.748***	54.8%																			
6. P. Ansiosa	.560***	31.4%	.441***	19.4%	-.490***	24.0%	-.451***	20.3%	.589***	34.7%																	
7. Fatalismo	.497***	24.7%	.549***	30.1%	-.555***	30.8%	-.543***	29.5%	.729***	53.1%	.465***	21.6%															
8. Negac/evitac	.168*	2.8%	.212**	4.5%	-.262**	6.9%	-.248**	6.2%	.345***	11.9%	.299***	8.9%	.360***	13.0%													
9. CV	-.538***	28.9%	-.594***	35.3%	.471***	22.2%	.542***	29.4%	-.572***	32.7%	-.363***	13.2%	-.427***	18.2%	-.127	1.6%											
10. F. físico	-.399***	15.9%	-.510***	26.0%	.290***	8.4%	.448***	20.1%	-.391***	15.3%	-.172*	3.0%	-.389***	15.1%	-.125	1.6%	.514***	26.4%									
11. Rol	-.462***	21.3%	-.536***	28.7%	.384***	14.7%	.527***	27.8%	-.510***	26.0%	-.395***	15.6%	-.360***	13.0%	-.129	1.7%	.578***	33.4%	.625***	39.1%							
12. F. emocional	-.776***	60.2%	-.706***	49.8%	.684***	46.8%	.715***	51.1%	-.735***	54.0%	-.572***	32.7%	-.542***	29.4%	-.180*	3.2%	.659***	43.4%	.467***	21.8%	.571***	32.6%					
13. F. cognitivo	-.528***	27.9%	-.457***	20.9%	.415***	17.2%	.430***	18.5%	-.442***	19.5%	-.348***	12.1%	-.313***	9.8%	-.143	2.0%	.393***	15.4%	.277***	7.7%	.437***	19.1%	.543***	29.5%			
14. F. social	-.547***	29.9%	-.530***	28.1%	.408***	16.6%	.506***	25.6%	-.495***	24.5%	-.441***	19.4%	-.368***	13.5%	-.189*	3.6%	.463***	21.4%	.449***	20.2%	.623***	38.8%	.534***	28.5%	.384***	14.7%	

Nota. * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001, N=166

Correlaciones de Pearson en la tercera evaluación

La tercera evaluación de los pacientes se realiza al 8º mes, durante la primera revisión tras finalizar el tratamiento, cosa que acontece a los dos meses de acabar la quimioterapia.

La dimensión ansiedad presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 86- con las dimensiones depresión ($r = .737$, $p < .001$), desesperanza ($r = .729$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .597$, $p < .001$), fatalismo ($r = .490$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .173$, $p < .05$). Por otra parte, la ansiedad muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.703$, $p < .001$), CV ($r = -.581$, $p < .001$), funcionamiento físico ($r = -.355$, $p < .001$), rol ($r = -.470$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.787$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.461$, $p < .001$), funcionamiento social ($r = -.581$, $p < .001$) y el espíritu de lucha ($r = -.629$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en la relación ansiedad-depresión, ansiedad-autoestima, ansiedad-espíritu de lucha, ansiedad-desesperanza, ansiedad-preocupación ansiosa, ansiedad-CV, ansiedad-funcionamiento emocional y ansiedad-funcionamiento social. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre ansiedad y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-ansiedad que el tamaño del efecto es pequeño.

En esta tercera evaluación, las medidas de la depresión presentan una relación positiva y estadísticamente significativa con la desesperanza ($r = .788$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .557$, $p < .001$), fatalismo ($r = .522$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .207$, $p < .01$). Por otra parte, la depresión muestra una relación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.806$, $p < .001$), espíritu de lucha ($r = -.723$, $p < .001$), CV global ($r = -.705$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = -.509$, $p < .001$), rol ($r = -.647$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.803$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.525$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = -.666$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en la relación depresión-autoestima, depresión-CV, depresión-funcionamiento físico, depresión-rol, depresión-funcionamiento emocional, depresión-funcionamiento cognitivo, depresión-funcionamiento social, depresión-espíritu de lucha, depresión-desesperanza, depresión-preocupación ansiosa y depresión-fatalismo. El tamaño del efecto es pequeño en la correlación entre la depresión y la dimensión de negación/evitación-depresión.

En cuanto a la autoestima presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 86- con la CV global ($r = .647$, $p < .001$) y con las cinco subesca-

las funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = .413$, $p < .001$), rol ($r = .545$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .772$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .586$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .632$, $p < .001$). También se aprecia que la autoestima tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .707$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = -.764$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.593$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.578$, $p < .001$) y negación/evitación cognitiva ($r = -.250$, $p < .01$). El tamaño del efecto es grande en la relación autoestima-CV, autoestima-rol, autoestima-funcionamiento emocional, autoestima-funcionamiento cognitivo, autoestima-funcionamiento social, autoestima-espíritu de lucha, autoestima-desesperanza, autoestima-preocupación ansiosa y autoestima-fatalismo. El tamaño del efecto es medio en la relación entre autoestima-función física, y el tamaño del efecto es pequeño en la relación autoestima-negación/evitación.

La CV global presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV: funcionamiento físico ($r = .543$, $p < .001$), rol ($r = .669$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .654$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .456$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .594$, $p < .001$). En cuanto a la CV con las estrategias de afrontamiento tiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .617$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con las estrategias de desesperanza ($r = -.659$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.462$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.431$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = -.214$, $p < .01$). El tamaño del efecto es grande en la relación CV-funcionamiento físico, CV-rol, CV-funcionamiento emocional, CV-funcionamiento social, CV-espíritu de lucha y CV-desesperanza. El tamaño del efecto es medio en las otras correlaciones entre CV y las restantes dimensiones, excepto en la relación negación-CV que el tamaño es pequeño.

En las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV se correlacionan positivamente y estadísticamente significativa entre todas ellas: funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social. Y todas las subescalas de CV repiten la correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha y la correlación negativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. Así mismo existe una correlación estadísticamente significativa entre negación/evitación y funcionamiento físico ($r = -.261$, $p < .01$), rol ($r = -.195$, $p < .05$), funcionamiento emocional ($r = -.264$, $p < .01$), funcionamiento cognitivo ($r = -.198$, $p < .05$) y funcionamiento social ($r = -.184$, $p < .05$) con correlaciones negativas y estadísticamente significativas. El tamaño del efecto es pequeño en la relación negación/evitación-funcionamiento físico, negación/evitación-rol, negación/evitación-fun-

cionamiento emocional, negación/evitación-funcionamiento cognitivo y negación/evitación-funcionamiento social.

La estrategia de afrontamiento negación/evitación presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = .286$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .317$, $p < .001$) y fatalismo ($r = .253$, $p < .01$). Por otra parte, la negación/evitación muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = -.162$, $p < .05$). El tamaño del efecto es medio en las correlaciones entre negación/evitación y preocupación ansiosa, en las demás relaciones el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 86
Correlación de Pearson. Tercera evaluación.

Variables	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		
	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²													
1. Ansiedad																											
2. Depresión	.737***	54.3%																									
3. Autoestima	-.703***	49.4%	-.806***	65.0%																							
4. E. lucha	-.629***	39.6%	-.723***	52.3%	.707***	50.0%																					
5. Desesperanza	.729***	53.1%	.788***	62.1%	-.764***	58.4%	-.721***	52.0%																			
6. P. Ansiosa	.597***	35.6%	.557***	31.0%	-.593***	35.2%	-.459***	21.1%	.607***	36.8%																	
7. Fatalismo	.490***	24.0%	.522***	27.2%	-.578***	33.4%	-.622***	38.7%	.654***	42.8%	.390***	15.2%															
8. Negac/evitac	.173*	3.0%	.207**	4.3%	-.250**	6.3%	-.162*	2.6%	.286***	8.2%	.317***	10.0%	.253**	6.4%													
9. CV	-.581***	33.8%	-.705***	49.7%	.647***	41.9%	.617***	38.1%	-.659***	43.4%	-.462***	21.3%	-.431***	18.6%	-.214**	4.6%											
10. F. físico	-.355***	12.6%	-.509***	25.9%	.413***	17.1%	.440***	19.4%	-.439***	19.3%	-.285***	8.1%	-.343***	11.8%	-.261**	6.8%	.543***	29.5%									
11. Rol	-.470***	22.1%	-.647***	41.9%	.545***	29.7%	.478***	22.8%	-.578***	33.4%	-.448***	20.1%	-.369***	13.6%	-.195*	3.8%	.669***	44.8%	.584***	34.1%							
12. F. emocional	-.787***	61.9%	-.803***	64.5%	.772***	59.6%	.698***	48.7%	-.798***	63.7%	-.625***	39.1%	-.521***	27.1%	-.264**	7.0%	.654***	42.8%	.481***	23.1%	.604***	36.5%					
13. F. cognitivo	-.461***	21.3%	-.525***	27.6%	.586***	34.3%	.459***	21.1%	-.594***	35.3%	-.531***	28.2%	-.389***	15.1%	-.198*	3.9%	.456***	20.8%	.338***	11.4%	.525***	27.6%	.626***	39.2%			
14. F. social	-.581***	33.8%	-.666***	44.4%	.632***	39.9%	.450***	20.3%	-.643***	41.3%	-.530***	28.1%	-.345***	11.9%	-.184*	3.4%	.594***	35.3%	.431***	18.6%	.634***	40.2%	.699***	48.9%	.568***	32.3%	

Nota. * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001, N=166

Correlaciones de Pearson en la cuarta evaluación

La cuarta evaluación de los pacientes se realiza al año de haber iniciado la cirugía y la primera evaluación, los pacientes suelen haberse recuperado ya de la toxicidad aguda del tratamiento y comienza el periodo de supervivencia y de revisiones ambulatorias al centro hospitalario.

La dimensión ansiedad presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 87- con las dimensiones depresión ($r = .735$, $p < .001$), desesperanza ($r = .684$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .573$, $p < .001$), fatalismo ($r = .515$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .193$, $p < .05$). Por otra parte, la ansiedad muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.739$, $p < .001$), CV ($r = -.717$, $p < .001$), funcionamiento físico ($r = -.576$, $p < .001$), rol ($r = -.646$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.847$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.630$, $p < .001$), funcionamiento social ($r = -.537$, $p < .001$) y el espíritu de lucha ($r = -.667$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en todas las relaciones, excepto en la relación negación-ansiedad que el tamaño del efecto es pequeño.

En esta cuarta evaluación, las medidas de la depresión presentan una relación positiva y estadísticamente significativa con la desesperanza ($r = .706$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .543$, $p < .001$), fatalismo ($r = .477$, $p < .001$) y negación/evitación ($r = .275$, $p < .001$). Por otra parte, la depresión muestra una relación negativa y estadísticamente significativa con autoestima ($r = -.814$, $p < .001$), espíritu de lucha ($r = -.720$, $p < .001$), CV global ($r = -.769$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = -.713$, $p < .001$), rol ($r = -.738$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = -.821$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = -.585$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = -.613$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en todas las relaciones con la depresión, excepto en las relaciones: fatalismo-depresión y negación/evitación-depresión que el tamaño del efecto es mediano y pequeño respectivamente.

En cuanto a la autoestima presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa –ver tabla 87- con la CV global ($r = .771$, $p < .001$) y con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = .608$, $p < .001$), rol ($r = .727$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .805$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .514$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .638$, $p < .001$). También se aprecia que la autoestima tiene una relación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .702$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = -.722$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.519$, $p < .001$), fatalismo ($r =$

=-.501, $p < .001$) y negación/evitación cognitiva ($r = -.272$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en todas las relaciones con autoestima, excepto en la relación entre negación/evitación-autoestima en que el tamaño del efecto es pequeño.

La CV global presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV: funcionamiento físico ($r = .674$, $p < .001$), rol ($r = .718$, $p < .001$), funcionamiento emocional ($r = .778$, $p < .001$), funcionamiento cognitivo ($r = .503$, $p < .001$) y funcionamiento social ($r = .625$, $p < .001$). En cuanto a la CV con las estrategias de afrontamiento tiene una correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = .670$, $p < .001$), mientras que la correlación es negativa y estadísticamente significativa con las estrategias de desesperanza ($r = -.699$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = -.526$, $p < .001$), fatalismo ($r = -.474$, $p < .001$) y la negación/evitación ($r = -.278$, $p < .001$). El tamaño del efecto es grande en las relaciones con la CV, excepto en la relación fatalismo-CV y la relación negación-CV que el tamaño del efecto es mediano y pequeño respectivamente.

En las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV se correlacionan positivamente y estadísticamente significativa entre todas ellas: funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social. Y todas las subescalas de CV repiten la correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha y la correlación negativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. Existe correlación estadísticamente significativa entre negación/evitación y: funcionamiento físico ($r = -.215$, $p < .01$), rol ($r = -.203$, $p < .01$), funcionamiento cognitivo ($r = -.196$, $p < .05$) y funcionamiento social ($r = -.203$, $p < .01$) con correlaciones negativas y estadísticamente significativas.

La estrategia de afrontamiento negación/evitación presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con desesperanza ($r = .314$, $p < .001$), preocupación ansiosa ($r = .247$, $p < .01$) y fatalismo ($r = .285$, $p < .001$). Por otra parte, la negación/evitación muestra una correlación negativa y estadísticamente significativa con espíritu de lucha ($r = -.171$, $p < .05$). El tamaño del efecto es medio en la correlación entre negación/evitación y desesperanza, siendo pequeño en la relación negación-preocupación ansiosa, negación-preocupación fatalismo y negación-espíritu de lucha que el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 87
Correlación de Pearson. Cuarta evaluación.

Variables	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13				
	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²	r	r ²																	
1. Ansiedad																													
2. Depresión	.735***	54.0%																											
3. Autoestima	-.739***	54.6%	-.814***	66.3%																									
4. E. lucha	-.667***	44.5%	-.720***	51.8%	.702***	49.3%																							
5. Desesperanza	.684***	46.8%	.706***	49.8%	-.722***	52.1%	-.664***	44.1%																					
6. P. Ansiosa	.573***	32.8%	.543***	29.5%	-.519***	26.9%	-.361***	13.0%	.617***	38.1%																			
7. Fatalismo	.515***	26.5%	.477***	22.8%	-.501***	25.1%	-.516***	26.6%	.645***	41.6%	.317***	10.0%																	
8. Negac/evitac	.193*	3.7%	.275***	7.6%	-.276***	7.6%	-.171*	2.9%	.314***	9.9%	.247**	6.1%	.285***	8.1%															
9. CV	-.717***	51.4%	-.769***	59.1%	.771***	59.4%	.670***	44.9%	-.699***	48.9%	-.526***	27.7%	-.474***	22.5%	-.278***	7.7%													
10. F. físico	-.576***	33.2%	-.713***	50.8%	.608***	37.0%	.592***	35.0%	-.587***	34.5%	-.385***	14.8%	-.362***	13.1%	-.215**	4.6%	.674***	45.4%											
11. Rol	-.646***	41.7%	-.738***	54.5%	.727***	52.9%	.618***	38.2%	-.714***	51.0%	-.534***	28.5%	-.416***	17.3%	-.203**	4.1%	.718***	51.6%	.656***	43.0%									
12. F. emocional	-.847***	71.7%	-.821***	67.4%	.805***	64.8%	.715***	51.1%	-.717***	51.4%	-.555***	30.8%	-.520***	27.0%	-.262**	6.9%	.778***	60.5%	.611***	37.3%	.738***	54.5%							
13. F. cognitivo	-.630***	39.7%	-.585***	34.2%	.514***	26.4%	.474***	22.5%	-.433***	18.7%	-.395***	15.6%	-.259**	6.7%	-.196*	3.8%	.503***	25.3%	.418***	17.5%	.531***	28.2%	.578***	33.4%					
14. F. social	-.537***	28.8%	-.613***	37.6%	.638***	40.7%	.487***	23.7%	-.559***	31.2%	-.405***	16.4%	-.322***	10.4%	-.203**	4.1%	.625***	39.1%	.515***	26.5%	.635***	40.3%	.585***	34.2%	.446***	19.9%			

Nota. * = p<0.05, ** = p<0.01, *** = p<0.001, N=166

5.4. Predicción de la Calidad de Vida en Función de Variables Médicas, Psicológicas y Subescalas de Calidad de Vida

En este apartado se pretende conocer la predicción en la calidad de vida global. Para ello se realiza un análisis de regresión lineal múltiple mediante un modelo completo, pues se incorporan todos los predictores a la vez. Se quiere conocer cómo las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas recogidas en la evaluación basal de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal localizado predicen mejor la CV al año de iniciar el tratamiento.

La variable criterio, por tanto, es la CV en el cuarto momento de la evaluación. Las variables predictoras incluidas en el análisis son edad, género, tipo de tratamiento -no tratamiento, quimioterapia adyuvante, QT/RT adyuvante y/o neoadyuvante-, el tipo de cirugía -colostomía o sin colostomía-, ansiedad, depresión, autoestima, los cinco estilos de afrontamiento - espíritu de lucha, desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y negación/evitación- y las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV - funcionamiento físico, rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social-.

En este caso el modelo de regresión propuesto ha resultado significativo (ver tabla 88), con lo cual los predictores propuestos predicen la CV. El modelo – ver tabla 89- logra una explicación del 32.7% (R^2 corregida) de la varianza de la variable CV un año después del diagnóstico de cáncer colorrectal, a partir de los predictores introducidos en el modelo de regresión. El tamaño del efecto del modelo se puede considerar grande.

Tabla 88
ANOVA^b

	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	12566.964	17	739.233	5.678	.000 ^a
	Residual	19138.673	147	130.195		
	Total	31705.636	164			

Nota. a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, edad, espíritu de lucha, tratamiento, negación/ evitación, género, función cognitiva, función física, fatalismo, función social, preocupación, autoestima, rol, función emocional, desesperación, depresión, ansiedad

b. Variable dependiente: calidad de vida, cuarta evaluación

Tabla 89
Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.630 ^a	.396	.327	11.410

Nota. a. Variables predictoras: (Constante), Cirugía, edad, espíritu de lucha, tratamiento complementario, negación/evitación, género, función cognitiva, función física, fatalismo, función social, preocupación, autoestima, rol, función emocional, desesperación, depresión, ansiedad

Las cuatro variables predictoras que contribuyen al modelo propuesto -ver tabla 90- son la edad, el tipo de tratamiento, el estilo de afrontamiento de desesperanza y dentro de las escalas funcionales de la CV el rol. De acuerdo con el coeficiente beta, la variable que posee un mayor peso en la predicción de CV es el estilo de afrontamiento de desesperanza ($\beta = -.345$, $p = .008$), presentando una relación negativa lo que apunta que a mayor CV al año del diagnóstico de cáncer colorrectal la desesperanza ante la enfermedad inicial es menor. La siguiente variable con mayor peso en el modelo es la escala funcional del rol ($\beta = .199$, $p = .046$) mostrando una relación positiva, de forma que a mayor realización de actividades cotidianas y trabajo, así como aficiones u otras actividades de ocio en el momento inicial de la evaluación, se relaciona con una mayor CV al año de la evaluación. La siguiente variable es el tipo de tratamiento ($\beta = -.182$, $p = .019$), con una relación negativa, lo que apunta que mayor calidad de vida se asocia con no recibir tratamiento complementario y disminuye la CV en función de recibir quimioterapia y en mayor medida si se administra quimio-radioterapia concomitante. Finalmente, la variable edad ($\beta = .165$, $p = .024$) presenta una relación positiva, a menor edad y más juventud en el diagnóstico es predictora de una menor CV, siendo mejor la CV cuando mayor es la edad que presenta el paciente.

Tabla 90
Coeficiente Regresión de las variables predictoras sobre CV^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficiente tipificado		Significación
	B	Error típico	Beta	t	
(Constante)	91.9 61	29.483		3.119	.002
Edad	.245	.107	.165	2.282	.024
Sexo	-.676	2.166	-.024	-.312	.755
Tratamiento QT complementario	-3.514	1.486	-.182	-2.364	.019
Cirugía (Ostomía)	-3.408	2.402	-.108	-1.419	.158
Ansiedad	-1.016	.656	-.217	-1.548	.124
Depresión	.406	.553	.097	.733	.465
Autoestima	.503	.486	.109	1.034	.303
Espíritu lucha	-.133	.272	-.052	-.490	.625
Desesperanza	-1.684	.626	-.345	-2.692	.008
Preocupación ansiosa	.365	.331	.097	1.103	.272
Fatalismo	-.543	.472	-.096	-1.150	.252
Negación	-.768	1.328	-.041	-.578	.564
F.Físico	-.035	.107	-.033	-.330	.742
Rol	.149	.074	.199	2.014	.046
F.Emocional	-.100	.128	-.116	-.784	.434
F.Cognitivo	.133	.092	.117	1.440	.152
F.Social	-.138	.074	-.156	-1.867	.064

Nota. a. Variable dependiente: calidad de vida al año

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral se planteó con el objetivo de analizar la repercusión de los diferentes tratamientos médicos aplicados a los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal localizado, centrándose en ciertas variables psicológicas y de la calidad de vida evaluadas durante el tratamiento médico y un año de seguimiento. Los resultados encontrados apuntan, en general, que los pacientes con tratamiento adyuvante y cirugía más agresiva con colostomía reducen de forma significativa su CV y experimentan un mayor malestar psicológico, sobre todo en la fase inicial y más activa de tratamiento (durante los primeros 4 meses). Asimismo, a lo largo de un año se ha encontrado una tendencia a una evolución positiva, pues mejoran las dimensiones de la CV y el malestar psicológico en comparación con las evaluaciones iniciales.

Este estudio presenta un diseño longitudinal y prospectivo, con una muestra homogénea con pacientes con cáncer colorrectal localizado, sin presencia de metástasis y en una población española. La investigación cuenta con una detallada descripción de las variables sociodemográficas y médicas de los pacientes incluidos en el estudio. Por otro lado, la tasa de respuesta de los pacientes incluidos ha sido elevada (91%). Este estudio trata de remediar las limitaciones de otros estudios revisados. De este modo en referencia al malestar psicológico en pacientes con cáncer colorrectal muchos de ellos incluían el uso de diseños transversales (Ramsey et al., 2002; Tsunoda et al., 2005; Zabora et al., 2001) sin muestras representativas (Tsunoda et al., 2005; Zabora et al., 2001), ausencia de tasa de respuesta (Kurtz et al., 2002), falta de datos de la etapa de la enfermedad (Zabora et al., 2001); y limitación de tamaños de muestra para los estudios prospectivos (Nordin et al., 2001). Así, la evolución del malestar psicológico y la calidad de vida con el tiempo en los pacientes con cáncer colorrectal, aún no estaba bien descrito, si bien los indicios eran consistentes.

En relación a los resultados sobre la evaluación de ansiedad y depresión, se puede concluir que, tanto las puntuaciones de ansiedad, como las de depresión son más elevadas en el momento del postoperatorio, reduciéndose a medida que pasan los meses, alcanzando los niveles más bajos al año de haber iniciado la cirugía, cuando los pacientes suelen haberse recuperado de las secuelas de la cirugía, así como de la toxi-

cidad aguda del tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Esta mejora de los niveles de malestar psicológico a lo largo del año de seguimiento es significativa con un efecto del tamaño pequeño, siendo algo mayor en depresión que en ansiedad.

En este estudio, los niveles de ansiedad y depresión son significativamente más elevados en los pacientes que han recibido tratamiento complementario a la cirugía con quimioterapia y/o radioterapia que los que no recibieron ningún tipo de tratamiento complementario. Esto se debe a los efectos secundarios y toxicidad inmediata de ambos tratamientos que pueden afectar al malestar psicológico de estos pacientes. Por otro lado, si consideramos el tipo de cirugía, como indicábamos en nuestra hipótesis inicial, podemos concluir que, tanto la ansiedad, como la depresión tienen niveles mayores y significativos, en pacientes que han recibido una colostomía, que conlleva una cirugía más agresiva. Además cambia el esquema corporal con la creación de un estoma permanente. Estos resultados confirman estudios previos como el de Ross et al. (2007) donde encontraron diferencias significativas entre el grupo con colostomía y el de sin colostomía con el paso del tiempo en depresión, y como el más reciente el de Jansen et al. (2010) quienes encontraron que, al menos en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal, la presencia de una colostomía parece asociarse a menores puntuaciones en el área psicológica. Todo ello apoya parcialmente la creencia de que una colostomía puede estar asociada a niveles mayores de cantidad y gravedad de trastornos psicológicos. Por el contrario, hay estudios como el de MacDonald y Anderson (1985) que no encontraron evidencia de que la ansiedad es más prevalente en pacientes colostomizados que los que no lo están. Otro tanto ocurre en el de Williams y Johnston (1983) quienes no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de ansiedad entre estos dos grupos. En esta línea, otro estudio prospectivo realizado por Sharpe et al. (2011) no encontró tampoco diferencias entre los grupos de colostomía sobre la ansiedad o síntomas depresivos. No obstante en estos resultados, es importante destacar que aquellos pacientes cuya imagen corporal se ha visto más alterada están en riesgo de experimentar mayor ansiedad y depresión. Debido a la heterogeneidad de los estudios realizados sobre el efecto de la colostomía, imposibilita la realización de una meta-análisis sobre ellos, meta-análisis que sería de mucho interés para ver los efectos fundamentales.

En resumen, si bien este estudio con pacientes con cáncer colorrectal en la muestra estudiada sí que confirma que la colostomía provoca nivel mayor de malestar psicológico, en línea con la idea de que los pacientes de resección anterior (no colostomía) les vaya mejor (Pachler y Jørgensens, 2012), el estado actual de la evidencia no permitía realizar inferencias sólidas sobre el impacto real de una colostomía en el desarrollo de los trastornos psicológicos y problemas de CV en pacientes con cáncer colorrectal.

Tanto en la evaluación de ansiedad como de la depresión, la hipótesis planteada describe que en mujeres jóvenes y colostomizadas puede darse unos valores más altos en ansiedad y depresión, en este sentido los resultados confirman que el sexo ha sido una variable que ha mostrado diferencias significativas en el malestar psicológico. Las mujeres presentan niveles mayores de ansiedad y depresión que los hombres, especialmente en mujeres jóvenes y con ostomía, confirmando los resultados de estudios previos, como el de Skarstein et al. (2000) quienes hallaron que los pacientes con cáncer colorrectal que eran mayores y de mayor edad reportaron menos malestar emocional que los más jóvenes y mujeres. No obstante, hay otro estudio longitudinal y prospectivo de Dunn et al. (2013) que indica mayor malestar psicológico en los hombres en comparación con las mujeres. Sobre todo los niveles de mayor malestar psicológico afectaban a hombres jóvenes de bajo nivel socio-económico. Sin embargo, estos hallazgos no se podrían comparar los de este estudio, ya que no hemos considerado el nivel socio-económico de los pacientes. El rol de la variable sexo en el malestar psicológico provocado por un cáncer no está claro. Puede que el efecto del tratamiento del cáncer colorrectal afecte a la actividad sexual, pero Dunn et al. (2013) no fueron capaces de corroborar este efecto.

En relación con el sexo, se puede indicar que la ansiedad se reduce en ambos sexos a lo largo de los primeros 8 meses, si bien en las mujeres se produce un ligero incremento de la ansiedad al año del postoperatorio, no siendo el caso para la depresión. La evolución de la depresión en función de los grupos de edad muestra que, a lo largo del periodo evaluado, se produce una disminución en ambos grupos, a excepción del grupo de menores de 65 años, quienes que al año experimentan un ligero aumento, si bien no comparable a los niveles más elevados iniciales y en el postoperatorio.

Como en los estudios referenciados anteriormente, de estos resultados podemos concluir que los pacientes más jóvenes presentan niveles significativamente más elevados de ansiedad que los mayores de 65 años. En depresión no se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos de edad. Estos resultados confirmarían nuestra hipótesis parcialmente, pues esperábamos encontrar diferencias significativas con mayor ansiedad y depresión, y peor funcionamiento emocional en pacientes más jóvenes. Como indican otros estudios (Sprangers et al., 1993), en general el funcionamiento psicológico en mujeres jóvenes se ve más perjudicado que en hombres mayores. Otro estudio de Smith-Gagen et al. (2009) apoyaría nuestros resultados, por edad los pacientes más jóvenes tenían puntuaciones más bajas de bienestar físico y emocional, así como mayores puntuaciones en preocupaciones sobre la enfermedad.

Sobre las relaciones del malestar psicológico con la calidad de vida, podemos concluir que este estudio reafirma resultados anteriores, donde las puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión correlacionaron negativamente y significativamente con las puntuaciones de CV global, confirmando la hipótesis planteada. Estudios como el de Schroevers et al. (2000), indican que el malestar psicológico elevado es una cuestión clínica clave en tales individuos, ya que puede ser perjudicial para las tareas y autocuidados, adhesión al tratamiento y puede disminuir la CV general. Esta relación negativa y significativa se da en ambas variables ansiedad y depresión con las cinco subescalas funcionales de la CV: Funcionamiento Físico (FF), Rol, Funcionamiento Emocional (FE), Funcionamiento Cognitivo (FC) y Funcionamiento Social (FS), entre todas estas correlaciones el tamaño del efecto es mayor entre ansiedad y el FE (72%), y entre depresión y FE (61%), resultados que apoyan estudios anteriores, como el de Skarstein et al. (2000), quienes encontraron relaciones negativas significativas entre ansiedad y FE. La fuerte asociación entre la ansiedad evaluada por el HADS y el FE del QLQ-C30 es suficiente para evaluar la ansiedad en pacientes con cáncer colorrectal. Además, se ha visto que el FE de QLQ-C33 medía predominantemente ansiedad. Tsunoda et al. (2005) explican que la relación menor entre la dimensión de FE y depresión, que FE y ansiedad se debe a que esta subescala sólo tiene una pregunta para abordar la depresión, mientras que existen tres preguntas para abordar la ansiedad. Por lo tanto, la dimensión de FE es menos apta que el HADS para evaluar clínicamente la depresión. Esto implica un riesgo de que la depresión pueda estar infra-diagnosticada con la subescala de funcionamiento emocional del EORTC QLQ-C30, si se utiliza como el único instrumento para la detección de trastornos psicológicos en pacientes con cáncer colorrectal. Como la depresión tiene un impacto más fuerte en la calidad de vida global de los pacientes que la ansiedad, se recomienda el uso de instrumentos adicionales para la evaluación de la depresión (Skarstein et al., 2000). Estos resultados obtenidos en la primera evaluación al mes después de la intervención quirúrgica, muestran relaciones negativas por parte de ambas variables, ansiedad y depresión, con la CV con un tamaño del efecto mayor en el caso de la depresión (42%) que en la ansiedad (41%). Así mismo, la depresión tiene un tamaño del efecto mayor que la ansiedad en la relación negativa con las dimensiones de CV de FF (32%) y rol (22%). Sin embargo, la ansiedad tiene un tamaño del efecto mayor que la depresión en la relación negativa con las dimensiones en la CV como con FE (72%), FC (25%) y FS (24%).

Además, podemos concluir que las dimensiones de ansiedad y depresión presentan una correlación positiva y significativa, como indicábamos en nuestra hipótesis inicial, con algunos tipos de estrategias de afrontamiento, como la desesperanza con un tamaño del efecto grande tanto en ansiedad (52%) como en depresión (56%), y preocupación ansiosa, fatalismo y negación/evitación. Los resultados de este estudio respal-

dan estudios previos de Watson et al. (1988) con pacientes con cáncer, que encontraron que los estilos de afrontamiento como desesperanza, y la preocupación ansiosa se asociaban significativamente con la depresión, medida por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Así mismo, el estudio de Holland y Holahan (2003) encontró que las estrategias de afrontamiento por evitación se relacionaban negativamente con el bienestar psicológico. También son consistentes con los resultados reportados por Carver et al. (1993), quienes encontraron que la negación fue un predictor significativo de los trastornos psicológicos.

En este estudio la ansiedad y la depresión muestran una correlación negativa y significativa con espíritu de lucha confirmando la hipótesis planteada donde se esperaba que un paciente con cáncer colorrectal con altas puntuaciones en una estrategia de afrontamiento más activa y de adaptación hacia la enfermedad, como es el espíritu de lucha, se relacionará negativamente con la ansiedad y depresión. Los resultados de este estudio son consistentes con los resultados reportados por Watson et al. (1991) quienes informaron de que la estrategia de espíritu de lucha se asoció significativamente a menor malestar psicológico. Otro estudio de Deimling et al. (2006) muestra el papel relativamente importante que el optimismo juega como predictor de niveles más bajos de ansiedad, depresión y preocupación relacionada con el cáncer. Sin embargo, una limitación de este tipo de estudios es que la mayoría de la investigación se ha centrado en las estrategias de afrontamiento en mujeres con el cáncer de mama.

En términos generales, este estudio muestra que la tendencia de las correlaciones comentadas sobre ansiedad y depresión se mantiene en los cuatro momentos de evaluación a lo largo del año que comprende el periodo de seguimiento del paciente. La evolución del paciente a lo largo de ese año, tanto durante el tratamiento activo, como el periodo de supervivencia, indica una estabilidad en las relaciones entre las variables indicadas.

En general, hasta ahora lo que ha predominado era una ausencia de investigaciones publicadas sobre las estrategias utilizadas, por hombres y mujeres cuando se les diagnostica un cáncer colorrectal. Además, la mayoría de estudios revisados han utilizado instrumentos de medida de afrontamiento genéricos. Sin embargo, estas medidas generales no evalúa completamente la diversidad de estrategias de afrontamiento utilizadas para enfrentarse a enfermedades específicas (Maes et al., 1996) como el cáncer colorrectal. Las enfermedades se diferencian en las demandas y necesidades específicas en cada momento, y las evaluaciones de estrategias de afrontamiento deben ajustarse a las demandas específicas de una enfermedad, por lo que es necesario instrumentos de evaluación específicos de afrontamiento para una determinada enfer-

medad (de Ridder y Schreurs, 1996). Para apoyar este argumento, hay estudios que han encontrado correlaciones bajas entre las subescalas de medidas genéricas y los instrumentos de evaluación específicos de la enfermedad.

Respecto a las estrategias de afrontamiento evaluadas en este estudio con el MAC (Watson et al., 1988) la primera evaluación se realiza un mes después de la intervención quirúrgica. La relación de cada estrategia de afrontamiento con la CV y sus dimensiones tiene una correlación positiva y significativa con espíritu de lucha. Los pacientes que tienen una visión de reto ante la enfermedad y estrategias activas de superar la enfermedad muestran a una mejor CV informada por los pacientes. Por el contrario la correlación es negativa y significativa entre la CV global con las estrategias de desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y negación/evitación cognitiva. La relación entre negación/evitación y el funcionamiento emocional tiene una tendencia negativa y significativa, esto apoya nuestros resultados descritos previamente con la relación negativa y significativa también con ansiedad y depresión. Así mismo respalda el estudio de Holland y Holahan (2003) en el que las estrategias de afrontamiento por evitación se relacionaban negativamente con el bienestar psicológico. A su vez, en este estudio la estrategia de afrontamiento negación/evitación presenta una correlación positiva y significativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. Por otra parte, la negación/evitación muestra una correlación negativa y significativa con espíritu de lucha. No obstante, el tamaño del efecto es pequeño en las correlaciones entre negación/evitación y todas las estrategias de afrontamiento.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, en este estudio se observa que las mujeres muestran una mayor desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación/negación y menor espíritu de lucha que los hombres, siendo las diferencias encontradas significativas y con un tamaño del efecto mediano en todas ellas. El modo en que afrontan la enfermedad y los tratamientos implica, en el caso de la desesperanza, que las pacientes se sientan impotentes ante el diagnóstico, la vida cotidiana se interrumpe por los temores y se tiene una actitud más pesimista. Por ello, cabría esperar que las mujeres valoraran en mayor medida la situación de enfermedad y tratamiento como una pérdida o una amenaza. Esto se relacionaría también con lo comentado anteriormente, donde la ansiedad y depresión se relacionan positivamente y significativamente con la desesperanza con la que el tamaño del efecto es grande en ansiedad (52%) y en depresión (56%).

Respecto a la cirugía, podemos concluir que los pacientes que presentan ostomía manifiestan mayor desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y negación/evitación y menor espíritu de lucha que aquellos pacientes sin ostomía. La diferencia en-

contrada entre ambos grupos es significativa, pero el tamaño del efecto es pequeño en todas las estrategias mencionadas excepto en preocupación ansiosa que es mediano (12%). En esta situación, con una intervención quirúrgica más agresiva, el paciente reacciona con ansiedad persistente, busca activamente información, pero suele interpretar la información con pesimismo y alimentando sus preocupaciones. Los pacientes en este tipo de respuesta están más atentos a síntomas físicos y generan preocupaciones que se centran en la propagación o recurrencia del cáncer. Evidentemente esta es una hipótesis a investigar en futuros estudios.

Si consideramos la variable edad en las estrategias de afrontamiento, en este estudio no hemos encontrado diferencias entre el grupo de pacientes más jóvenes (<65 años) y el de mayor edad en ninguna de las estrategias de afrontamiento. Por el contrario, en estudios anteriores en muestras de personas con cáncer de mama sí que existen estudios en que las pacientes mayores mostraron puntuaciones más altas en negación y más bajas en preocupación ansiosa. Si estas dimensiones se consideran como un solo factor, podemos decir que los pacientes más jóvenes valoraron la situación como más amenazadora, lo que este resultado es concurrente con las propuestas teóricas y los resultados empíricos sobre el papel de la edad en el bienestar psicológico de pacientes con cáncer de mama (Siegel, 1990). Mayor preocupación ansiosa en los pacientes más jóvenes también se ha informado por Watson et al. (1988). Estos autores encontraron puntuaciones más altas en fatalismo en pacientes de edad avanzada, pero estas conclusiones no aparecen en los resultados de este estudio, quizás debido a las diferencias en la muestra y las diferencias culturales.

Los estudios de CV permiten confirmar empíricamente las impresiones clínicas respecto a los costes y beneficios psicosociales de un tratamiento, o la comparación de dos opciones terapéuticas. Dos regímenes de tratamiento pueden esperarse que sean igualmente efectivos con relación a supervivencia u otros parámetros médicos, pero con un impacto diferencial en la CV. Las características de los instrumentos de medición de la CV durante tratamientos activos son importantes para que puedan evaluar cambios en el estado de salud de los pacientes con el tiempo, durante etapas críticas y a través del proceso de enfermedad oncológica (administración de la quimioterapia, seguimiento, fases avanzadas de enfermedad, entre otras). Así, en algunas de las investigaciones realizadas, como la Toledo et al. (1993), se observa el impacto de la enfermedad y tratamiento sobre las variables psicosociales y la CV. En los últimos años se ha llevado a cabo un número cada vez mayor de estudios sobre la CV de los supervivientes de cáncer, pero la mayoría de ellos se han realizado a corto plazo, valorando los efectos del tratamiento, en particular, el impacto directo del tratamiento durante los primeros meses tras el diagnóstico (Smith-Gagen et al., 2009; Wilson et al., 2006). En este estudio, el

seguimiento de la CV se ha realizado hasta 1 año después de la intervención quirúrgica. Si atendemos a los resultados podemos concluir que las puntuaciones de CV percibida por los pacientes con cáncer colorrectal a lo largo del año en general son elevadas en los cuatro momentos, encontrándose la media de CV por encima del tercer cuartil, si bien alrededor del 82% de los pacientes llevaban tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia. La evolución de la CV de vida descrita a lo largo del año de evaluación, tiene una puntuación más baja inicialmente al mes de la cirugía, con una ligera reducción de la misma en el segundo momento de evaluación, coincidiendo con el tratamiento activo en base a quimioterapia, para posteriormente entre el cuarto y octavo mes, darse un incremento CV importante en el tercero y cuarto momento de evaluación. Esta evolución es significativa entre los cuatro momentos, con un tamaño del efecto mediano. Estos resultados confirman la hipótesis planteada donde predecíamos que a medida que pase el tiempo a partir del cuarto mes, pasados los efectos adversos más agudos del tratamiento, la tendencia será hacia valores más elevados de la CV y sus dimensiones. Como ya indicamos existen estudios de Camilleri-Brennan et al. (2001) que sugieren que la CV de los pacientes con cáncer colorrectal es generalmente peor en el período postoperatorio temprano, y que puede mejorar desde el tercer mes de postoperatorio en adelante (Breukink et al., 2007; Schmidt et al., 2005; Tsunoda et al., 2007).

Si consideramos la evolución de la CV en función de si reciben tratamiento o no complementario con quimioterapia y/o radioterapia, hemos encontrado que si que afecta a la CV el recibir o no estos tipos de tratamientos, siendo los pacientes que tienen una peor CV de forma significativa los que reciben tratamiento con quimioterapia y radioterapia combinada, incrementándose y ampliando los efectos secundarios por la toxicidad de ambos tratamientos, en comparación con los que sólo reciben quimioterapia y sobre todo si se comparan con los pacientes que sólo se les realizó una intervención quirúrgica sin más tratamientos, quienes presentan mejor CV, con diferencias significativas con un tamaño del efecto mediano. En la misma situación se ve afectado con puntuaciones más bajas y de forma significativa las subescalas del funcionamiento físico, rol y funcionamiento social. Estos resultados confirman la hipótesis planteada donde se esperaba encontrar unos valores menores en las dimensiones de CV y unas puntuaciones mayores en los síntomas físicos en los pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia en comparación con los pacientes que no reciben ningún tratamiento complementario a la cirugía. En la misma línea, un estudio de Smith-Gagen et al. (2009) apunta a que los pacientes que recibieron quimioterapia reflejaron menor bienestar físico y mayores preocupaciones adversas a los 9 meses. Sin embargo, sólo las preocupaciones acerca de los efectos adversos y la enfermedad persistieron en el tiempo. Este tipo de estudios demuestra que los pacientes se preocupan por estos efectos sobre su funcionamiento personal. En otras dimensiones, como el funcionamiento emocional y funcionamiento

cognitivo de los pacientes no encontramos diferencias significativas entre recibir o no tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia.

La medición de la CV es multidimensional y una de las áreas que incluye es la evaluación de los síntomas y efectos secundarios inmediatos de los tratamientos. En este estudio hemos encontrado que recibir tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia afecta de forma significativa con mayores efectos en los siguientes síntomas fatiga, astenia, diarrea con un tamaño del efecto alto (14%), pérdida de peso, síntomas urinarios, y efectos de la quimioterapia que evalúa (boca seca, cambio de sabor en la comida y bebida y debilidad en el cabello), confirmando también la hipótesis citada anteriormente. Por el contrario los pacientes que sólo recibieron la intervención quirúrgica sin tratamiento complementario puntúan más alto y significativamente en el síntoma de estreñimiento. En definitiva, las dimensiones de la CV que hacen referencia a los síntomas específicos como la diarrea, fatiga, pérdida de peso y síntomas urinarios se asocian al empeoramiento de la CV. Ooi et al. (1999) en un estudio con este tipo de pacientes y tratamiento, valoraron el impacto del tratamiento para disminuir la incidencia de recidivas locales en el cáncer colorrectal, con tratamiento de quimioterapia (esquema de la Clínica Mayo o 5-fluorouracilo en infusión continua), y los pacientes con cáncer de recto recibían generalmente radioterapia pélvica adyuvante. Este tratamiento se asociaba a efectos secundarios locales como diarrea, enrojecimiento de la piel y molestias urinarias que suelen ser transitorias (Ooi et al., 1999). De la misma forma en este estudio vuelven a ser significativas las relaciones de los síntomas urinarios y la diarrea con el mismo tipo de tratamiento. Si consideramos la evolución de los síntomas a lo largo del año entre los tres grupos, hay diferencias significativas en las náuseas y vómitos que se incrementan ostensiblemente en el grupo de quimioterapia y/o radioterapia a los cuatro meses de la intervención quirúrgica, coincidiendo con la fase activa de tratamiento quimioterápico para volver a desaparecer estos síntomas al octavo mes cuando se ha finalizado el tratamiento activo. La pérdida de apetito es elevada en el postoperatorio en los tres grupos, para después mantenerse más alta sólo en los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, finalmente mejora a partir del octavo mes. Otro síntoma como los efectos de quimioterapia y diarrea que se incrementan significativamente en el segundo momento de evaluación coincidiendo con el tratamiento activo de quimioterapia y afecta en mayor medida y de forma significativa en los dos grupos que llevan tratamientos complementarios. Estos resultados en general, confirmarían la hipótesis planteada en la que esperamos que puedan haber diferencias sustanciales entre los pacientes que reciben o no tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia, con unos valores menores en las dimensiones de CV y unas puntuaciones mayores en los síntomas físicos en los pacientes tratados con quimioterapia y/o radioterapia respecto de los pacientes que no reciben ningún tratamiento complementario.

Existe una amplia literatura sobre el impacto del tipo de intervención quirúrgica en pacientes con cáncer colorrectal en la CV. Una revisión Cochrane concluyó que, sobre la base de las pruebas disponibles, aquellos pacientes con colostomías tienen una peor CV que aquellos sin una colostomía (Pachler y Wille-Jørgensen, 2004). Por ello nos planteamos la hipótesis de que, debido al tipo de cirugía más mutilante (colostomía) que conlleva cambio del esquema corporal y alteraciones en el funcionamiento intestinal en pacientes con cáncer colorrectal, esperábamos que estos procesos influirán de manera negativa apareciendo unos valores peores en las diferentes dimensiones de la CV, así como la calidad de vida global del paciente en comparación con aquellos pacientes no colostomizados. Los resultados de este estudio permiten confirmar esta hipótesis. Los valores medios de ambos grupos sugieren que la CV es elevada en general, si bien los pacientes que presentan una colostomía manifiestan una menor CV que aquellos pacientes sin colostomía. La diferencia encontrada es significativa, cuyo tamaño del efecto es mediano. Hay otros estudios que coinciden con los hallazgos de esta tesis como el de Jansen et al. (2010), quienes encontraron que, al menos en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal, la presencia de una colostomía parece asociarse a menores puntuaciones en la CV. Sin embargo, ha habido varios estudios como el de Ross et al. (2007) y el de Sideris et al. (2005) que no han podido confirmar los omnipresentes efectos negativos sobre la CV de las colostomías. En otro estudio de Smith-Gagen et al. (2009) no se encontraron diferencias en la CV por localización del tumor o tipo de cirugía, a 9 y 19 meses después del diagnóstico. Este estudio proporciona evidencia adicional acerca de que el procedimiento quirúrgico de la resección abdomino-perineal no necesariamente reduce la CV en pacientes con cáncer rectal. Igualmente, la revisión sistemática de Pachler y Jørgensens (2012) indicó que en catorce investigaciones se había encontrado que los pacientes que se sometieron a una escisión abdominoperineal/Operación de Hartmann (colostomía) por el cáncer colorrectal no tenían una CV más deteriorada en comparación con los pacientes que tenían una resección anterior (no colostomía). En el estudio de Arraras et al. (2013) encontró pocas diferencias en la CV entre diferentes modalidades de cirugía. Esto está en línea con otros estudios recientes y en contraste con las anteriores que sugirieron una CV inferior en pacientes con cirugía abdomino-perineal. Estos datos contradictorios determinan que se necesite aislar y controlar mejor las variables que pueden estar condicionando los resultados, como la localización del tumor en colon o recto, el tipo de tratamiento complementario a la cirugía, factores sociodemográficos, que determine mejor si el tipo de cirugía tiene un impacto sobre la CV. Igualmente, en este estudio el tipo de cirugía con colostomía tiene un impacto en algunas de las dimensiones de la CV, siendo este efecto significativo con puntuaciones más bajas en rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social con un tamaño del efecto mediano en todas ellas, excepto en el funcionamiento cognitivo con un tamaño del efecto pequeño. En contraste con el fun-

cionamiento físico que no se encuentra evidencias significativas de que la colostomía tenga un impacto sobre esta variable.

En un estudio de Ramsey et al. (2000) se presentaron los resultados de una encuesta de CV en una muestra de pacientes con carcinoma colorrectal con el objetivo de evaluar su CV a lo largo del tiempo desde el diagnóstico. Los resultados mostraron que los factores específicos del carcinoma colorrectal y factores demográficos no se asociaban significativamente con la CV. Por el contrario en este estudio referente al sexo, se ha de apuntar que las mujeres muestran una peor CV que los hombres y las diferencias encontradas son significativas y con un tamaño del efecto pequeño. En las dimensiones de la CV, encontramos diferencias significativas en el sexo, de modo que las mujeres tienen puntuaciones menores en el FF, FE, FC y FS no encontrando diferencias significativas en la subescala de rol. En las interacciones del sexo con cirugía sólo se dan diferencias significativas en el FC, siendo las mujeres ostomizadas las que presentan puntuaciones mucho más bajas. Los resultados del estudio que presentamos son comparables a los de un estudio reciente de Jansen et al. (2010), donde encontraron que, al menos en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal, la presencia de una colostomía parece asociarse a menores puntuaciones en la CV, en el área física y psicológica, lo que parcialmente apoya la creencia de que una colostomía puede estar asociada a una alteración de la CV. Aunque en la interacción del sexo y cirugía en CV no ha salido significativa, en este estudio sí que hay significación estadística en esta interacción con mujeres colostomizadas con peores puntuaciones en las siguientes variables: ansiedad y FC lo que confirmaría parcialmente nuestra hipótesis.

En la variable edad nos planteamos la hipótesis que la gran cantidad de posibilidades y proyectos que la vida ofrece hace que pacientes con más cantidad de aspiraciones como los pacientes más jóvenes, con mayor rol, función social, vean truncadas sus aspiraciones por el diagnóstico de un cáncer colorrectal y las secuelas de la enfermedad y como resultado presenten menor CV. Los resultados de este estudio confirman la hipótesis respecto a la diferencia entre los grupos de edad, ya que los pacientes iguales o mayores de 65 años muestran una CV más alta que los pacientes con una edad menor a 65 años, siendo las diferencias encontradas significativas y con un tamaño del efecto pequeño. En las dimensiones de CV, los pacientes jóvenes presentan niveles peores y significativos de FE y FC y rol, no es el caso del FF y FS, aunque es mayor en los pacientes con una edad igual o mayor de 65 años, esto no es significativo. De este estudio podemos concluir que, tanto los hombres más jóvenes, como los más mayores con una colostomía tuvieron peor puntuación en el rol, aunque sí que se dio una interacción significativa entre la edad y la cirugía. Estudios previos como el de Arndt et al. (2004) también encontraron déficits en el FE y FS asociados a los síntomas específicos como

la fatiga, disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea que son los principales factores que empeoran la CV en los pacientes con cáncer colorrectal, y parecen afectar a pacientes en su mayoría jóvenes. Por el contrario en un estudio de Orsini et al. (2012) se investigó el impacto de la colostomía en la CV con un enfoque especial sobre la edad. Los resultados indicaron que los ancianos tenían una función física significativamente peor en comparación con los pacientes jóvenes. Otro estudio de Schmidt et al. (2005) concluyó que la edad en el momento de la cirugía tiene un efecto general sobre los resultados. Se observaron diferencias significativas entre los pacientes igual o menores de 69 años de edad y los mayores de 70 años de edad. Las subescalas de funcionamiento físico y de rol fueron mejores para los pacientes menores de 69 años. Estos resultados serían opuestos a los resultados obtenidos en esta tesis, aunque los resultados no se pueden extrapolar porque hay diferencias en el punto de corte de la edad para formar los dos grupos comparativos. De hecho, un estudio de Schmidt et al. (2005) demostró que el género, edad y tipo de cirugía influyen en la CV en el cáncer colorrectal. Por el hecho que la CV es un predictor de las complicaciones y la supervivencia, la disponibilidad de dichos datos puede ayudar al tratamiento de apoyo directo para mejorar la recuperación de los pacientes.

Sobre las relaciones de las dimensiones de CV, podemos concluir que esta tesis con pacientes con cáncer colorrectal localizado la CV global presenta una correlación positiva y significativa con las cinco subescalas funcionales del instrumento de medida de CV: FF, rol, FE, FC y FS. El tamaño del efecto es grande en la relación CV-FF, CV-rol, CV-FE, CV-FS. El tamaño del efecto es mediano en las otras correlaciones entre CV y las restantes dimensiones. Las cinco subescalas funcionales del instrumento de CV se correlacionan positivamente y significativamente entre todas ellas. Y todas las subescalas de CV repiten la correlación positiva y estadísticamente significativa con espíritu de lucha y la correlación negativa con desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo. No son estadísticamente significativas las correlaciones entre negación/evitación y FF, rol, FC y FS excepto el FE que muestra una correlación negativa y significativa.

En general, en el estudio la tendencia de las correlaciones explicadas en CV y sus dimensiones se repite en los cuatro momentos de evaluación a lo largo de los 12 meses de seguimiento. La evolución del paciente a lo largo del año y su periodo, tanto de tratamiento activo, como de supervivencia no interfiere para que las relaciones entre las variables se mantengan de la misma forma a lo largo del año.

Cuando se pretende conocer la repercusión del diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal en la CV de los pacientes, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones que engloba este constructo, hay otras mediciones adicionales relevantes y específicas

de estos enfermos, que en cierta medida dependen de las dimensiones funcionales que se ven afectadas por la enfermedad y el tratamiento por ejemplo: la imagen corporal, el funcionamiento sexual en pacientes con colostomía, autoestima, etc. (Sprangers, 1999). Además, hay alguna pero escasa literatura sugiriendo que la colostomía puede ocasionar alteraciones en la imagen corporal (Sideris et al., 2005).

Respecto a la autoestima, los resultados nos permiten concluir que los pacientes menores de 65 años muestran una autoestima más baja que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas significativas y con un tamaño del efecto pequeño. Por otro lado, se ha de apuntar que las mujeres muestran una menor autoestima que los hombres y estas diferencias son significativas y con un tamaño del efecto mediano (11%). Asimismo, los pacientes que presentan ostomía manifiestan menor autoestima que aquellos pacientes sin ostomía. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son significativas, cuyo tamaño del efecto es mediano (8%). Esto confirma la hipótesis donde se planteaba puntuaciones más bajas en autoestima en los pacientes con ostomía. Por el contrario, en las interacciones entre las tres variables edad, sexo y tipo de cirugía no se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos en autoestima.

De los resultados, podemos concluir que las mujeres muestran una peor imagen corporal que los hombres. No obstante, si bien existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos el tamaño del efecto es pequeño. Referente a la cirugía, los resultados encontrados son significativos, de modo que los pacientes que presentan ostomía manifiestan una menor imagen corporal que aquellos pacientes sin ostomía con un tamaño del efecto grande (37%), confirmando la hipótesis planteada donde predcimos puntuaciones más bajas en imagen corporal en los pacientes colostomizados. Así mismo, los resultados indican que el grupo de mujeres con ostomía tienen una peor imagen corporal. Esto se debe a que las mujeres con ostomía refieren una imagen inferior que sin ostomía con una diferencia bastante elevada; por otro lado en el caso de los hombres, los que presentan ostomía manifiestan una imagen corporal menor que sin ostomía. Los resultados de esta tesis son comparables a otro estudio prospectivo realizado por Sharpe et al. (2011) donde los pacientes que fueron intervenidos con una colostomía tenían una peor imagen corporal que continuaba empeorando en el tiempo. Por lo tanto, hay evidencia de que la colostomía tiene un impacto negativo en la imagen corporal de los pacientes con cáncer colorrectal. Es importante destacar que aquellos cuya imagen corporal está más alterada están en riesgo de experimentar más ansiedad y depresión. Por lo tanto, hay evidencia de que la colostomía tiene un impacto negativo en la imagen corporal de los pacientes con cáncer colorrectal. La edad no ha sido una variable determinante en la percepción de la imagen corporal.

Los resultados del funcionamiento sexual de los pacientes con cáncer colorrectal en este estudio en función de la edad, los pacientes menores de 65 años muestran un funcionamiento sexual mayor que los pacientes con una edad igual o mayor a 65 años, siendo las diferencias encontradas significativas, pero con un tamaño del efecto pequeño. Así mismo, respecto al sexo de los pacientes, se ha de apuntar que las mujeres muestran un menor funcionamiento sexual que los hombres. Además, existen diferencias significativas entre las medias de los dos grupos con un tamaño del efecto grande (28%). El funcionamiento sexual no ha sido una variable determinante, o no se ha visto afectado por el tipo de cirugía, pues aunque las puntuaciones medias son superiores en los pacientes no ostomizados, las diferencias no son significativas. En el caso del funcionamiento sexual los resultados no apoyan por completo la hipótesis planteada donde se esperaba puntuaciones más bajas en autoestima, imagen corporal y funcionamiento sexual en los pacientes colostomizados. Sin embargo hay otros estudios, como el de Hendren et al. (2005) y el de Weerakoon (2001), que encuentran que entre los efectos psicosociales de la colostomía aparecen los problemas sexuales. Además, Ross et al (2007) también encontraron diferencias significativas entre el grupo con colostomía y sin colostomía con el tiempo en depresión, funcionamiento social, imagen corporal y el funcionamiento sexual. Estos resultados coinciden con el estudio anterior de Brown y Randle (2005), que sugieren un impacto psicosocial generalizado de la colostomía. Otro estudio de Philip et al. (2013) describe, en mujeres supervivientes de cáncer colorrectal y sexualmente activas, que la disfunción sexual fue significativamente y consistentemente asociada con medidas específicas de bienestar psicológico, en particular con la satisfacción de la relación sexual. Estos resultados sugieren que un funcionamiento sexual puede requerir centrar la evaluación de las pacientes, más allá de evaluaciones amplias de CV, y que la atención a la satisfacción de la relación sexual puede ser crítica en el desarrollo e implementación de las intervenciones en esta cohorte de pacientes.

En la revisión, Geirdal y Dahl (2008) se proponen que, en las poblaciones con cáncer, la CV está determinada por las características demográficas y de la enfermedad, así como por su tratamiento, siendo modulados por la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. En la hipótesis se planteaba que variables como la edad (ser más joven), ser mujer, tipo de cirugía con colostomía, tipo de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, malestar psicológico con síntomas de ansiedad y depresión, por un lado, y las estrategias de afrontamiento como desesperanza y preocupación ansiosa con una visión de pérdida o amenaza o diferentes dimensiones de CV en el momento postoperatorio, serán predictores de una peor CV al año de iniciar el tratamiento. Los resultados han apoyado parcialmente la hipótesis, ya que las cuatro variables predictoras que contribuyen al modelo propuesto son la edad, el tipo de tratamiento, el estilo de afrontamiento de desesperanza y dentro de las escalas funcionales de la CV el

rol. Los resultados indican que la variable que posee un mayor peso en la predicción de CV es el estilo de afrontamiento de desesperanza, presentando una relación negativa al año del diagnóstico de cáncer colorrectal. La siguiente variable con mayor peso por su significación es la escala funcional del rol, mostrando una relación positiva, de forma que a mayor realización de actividades cotidianas y trabajo, así como aficiones u otras actividades de ocio en el momento inicial de la evaluación y al mes del postoperatorio, se relaciona con una mayor CV al año de la evaluación. La siguiente variable es el tipo de tratamiento, con una relación negativa, lo que apunta que mayor CV se asocia con no recibir tratamiento complementario y disminuye la CV en función de recibir quimioterapia y en mayor medida si se administra quimiorradioterapia concomitante. Finalmente, la variable edad presenta una relación positiva, a menor edad y más juventud en la fase inicial de la evaluación es predictora de una menor CV, siendo mejor la CV cuando mayor es la edad que presenta el paciente. El estudio de las diferentes variables socio-demográficas, clínicas y otras variables psicosociales como predictoras de la calidad de vida percibida por el paciente puede proporcionar medios adicionales para identificar los pacientes con cáncer colorrectal que son más vulnerables en el momento inicial del diagnóstico y tratamiento médico. Además, los factores y variables psicosociales pueden utilizarse para la construcción de perfiles de pacientes que consiguen predecir qué pacientes tendrán peor CV al año del postoperatorio. Estas variables predictoras pueden ser utilizadas para identificar rápidamente a los pacientes que experimentarán peores niveles de CV.

En la realización del presente estudio podríamos enumerar una serie de limitaciones que describimos a continuación:

Las características distintivas de este estudio que presentamos incluyen una amplia interpretación multidimensional de CV, los 12 meses de seguimiento longitudinal y un diseño del estudio prospectivo. Este tipo de estudios longitudinales y con una evaluación a tan largo plazo conlleva un elevado tiempo y esfuerzo en la inclusión de casos, es aconsejable realizarlos en un centro con una alta incidencia de nuevos casos para poder hacer una amplia recogida de casos y llegar a obtener una muestra representativa de todas las variables sociodemográficas y clínicas implicadas en este tipo de estudios. El presente estudio llevó 5 años de recogida y seguimiento de los casos, llegando a obtener una muestra de 182 pacientes, aún así hubiera sido más adecuado haber ampliado el tamaño de la muestra, ya que en algunos grupos comparativos, el número de individuos ha sido pequeño como es el caso de las mujeres ostomizadas menores de 65 años (n=9) y el caso de mujeres ostomizadas mayores o igual de 65 años (n=5).

Por otro lado, ampliar el tamaño de la muestra nos hubiera permitido realizar más interacciones no sólo con los grupos de edad, sexo y tipo de cirugía, sino que hubiéramos podido incluir la interacción también con el tipo de tratamiento, con comparaciones entre los que no reciben tratamiento complementario quimioterapia y/o radioterapia y los que sí, ampliando la interacciones con los grupos de edad, sexo y tipo de cirugía. Esto también hubiera llevado asociado un mayor tiempo de duración del estudio en más años, esto se puede realizar en hospitales con una alta incidencia de pacientes o con estudios multicéntricos.

Otra limitación en este sentido, es que el ampliar el número de casos y el tiempo de inclusión de casos no asegura obtener muestras adecuadas para ciertos grupos como hombres y mujeres jóvenes sin tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia, ya que una de las indicaciones para recibir tratamiento con quimioterapia adyuvante son pacientes menores de 50 años.

Para finalizar este trabajo cabe reflexionar y establecer unas líneas que puedan servir de guía para futuras investigaciones en esta área. Se sugieren las siguientes propuestas:

- Asociado a una evolución y desarrollo de los tratamientos médicos y mejor respuesta a estos, se ha incrementado la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal. Cada vez más, hay supervivientes que tienen necesidades específicas, esto nos lleva a plantear la necesidad de nuevos estudios longitudinales y prospectivos que valoren la calidad de vida a largo plazo, considerando estudios de mayor seguimiento, de 3 hasta 5 años. Por lo tanto, es de interés valorar si existe deterioro e impacto en la CV debido a los efectos de la enfermedad y tratamiento tardíos o persistentes, que pueden llegar a estar presentes después de 5 o más años, así como valorar si las necesidades de los supervivientes con cáncer colorrectal varían con el tiempo.

- Creemos que sería interesante indagar más en esta línea de investigación con otras muestras que mediante la replicación permitan resultados más generalizables y que permitan, en su caso, explicar las razones por las que se obtienen mejores o peores resultados en CV con los diferentes tipos de cirugía. Asimismo, sería necesario un número mayor de pacientes para poder controlar posibles factores implicados como la localización, estadio tumoral o los tratamientos adyuvantes, y otras variables personales y contextuales.

- Según el procedimiento quirúrgico utilizado y la extensión de la enfermedad las colostomías pueden ser permanentes o temporales, por lo que la colostomía se

puede invertir en una etapa posterior, después de un año. Sería interesante valorar si hay cambios, y entender el impacto de una colostomía permanente o temporal sobre el funcionamiento psicosocial y la CV de pacientes supervivientes con cáncer colorrectal más allá del año.

- A pesar de la buena CV, los supervivientes de cáncer colorrectal, tienen problemas físicos y psicológicos específicos. Es necesario profundizar en los instrumentos específicos de evaluación que mejor detectan y estudian los determinantes descritos de la CV que pueden servir para identificar a los supervivientes con necesidades especiales. Una vez las dimensiones son bien demarcadas y hemos establecido instrumentos de medida aceptables y válidos, se debería aprender a integrar las medidas de estas diferentes dimensiones para que logremos una representación exacta de la CV tal y como es experimentada por el paciente. Los instrumentos resultantes deben ser prácticos, permitiendo estar listos en la práctica clínica fuera del escenario de la investigación. Esto significa que los profesionales sanitarios deberían de usar escalas de control simples síntomas y de CV. De hecho, los clínicos deben trabajar junto con los investigadores para seguir desarrollando instrumentos de calidad de vida aptos para estas poblaciones clínicas con necesidades específicas. Es solamente en el uso de instrumentos de calidad de vida que vamos a poder apreciar sus fortalezas y debilidades.

- Los determinantes divulgados de la CV pueden servir para identificar a supervivientes con necesidades especiales. Pero se necesitan más estudios que se centren en problemas de diferentes áreas, como el malestar psicológico, la depresión, los rasgos de personalidad, la imagen corporal, la sexualidad de los supervivientes de cáncer colorrectal a largo plazo. La disponibilidad de dichos datos puede proporcionar medios adicionales para identificar los pacientes con cáncer colorrectal más vulnerables y puede ayudar al tratamiento de apoyo directo para mejorar la recuperación de los pacientes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aass, M., Fosså, S.D., Dahl, A.A., y Moe, T.J. (1997). The prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian radium hospital. *European Journal Cancer*, 33 (10), 1597-1604.
- Aaronson, N.K., van Dam F.S.A.M., Polak, C.E., y Zittoun, R. (1986). Prospects and problems in European psychosocial oncology: A survey of the EORTC Study Group on Quality of Life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4(4), 43-53. doi:10.1300/J077v04n04_04
- Aaronson, N.K., y Beckmann, J.H. (1987). *The Quality of Life of the Cancer Patients*. New York: Raven Press.
- Aaronson, N.K. (1988). Quality of Life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2(5), 69-76.
- Aaronson, N.K. (1989). Quality of Life assessment in clinical trials: methodological issues. *Controlled Clinical Trials*, 10(suplemento 4), 195-208.
- Aaronson, N.K. (1990). Quality of Life Research in Cancer Trials: A need for common rules and language. *Oncology*, 4(5), 59-66.
- Aaronson, N.K. (1991). Methodologic Issues in assessing the Quality of Life of Cancer Patients. *Cancer*, 67(suplemento 3), 844-850.
- Aaronson, N.K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., y Ware, J.E. (1992). International Quality of Life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349-351. doi:10.1007/BF00434949
- Aaronson, N.K., Ahmezda, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, M., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., De Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., y Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a Quality of Life instrument used in International clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Aaronson, N.K. (1993). Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent Results in Cancer Research*, 127, 201-210. doi: 10.1007/978-3-642-84745-5_28

- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., y Sprangers, M.A.G. (1994). The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology. *International Journal of Mental Health*, 23, 75-96.
- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., y Sprangers, M.A.G. (1995). The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology: an update. En B. SPILKER (Ed.): *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2ª edición. Nueva York: Raven Press.
- Abu-Helalah, M.A., Alshraideh, H.A., Al-Hanaqta, M.M., Arqoub, K.H. (2014). Quality of Life and Psychological Well-Being of Colorectal Cancer Survivors in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (18), 7653-7664
- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T.A., y Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(6), 463-473.
doi: 10.1002/pon.975
- Aliaga, F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: Revisión Crítica de la “Escala de Modos de Coping” [WAYS OF COPING]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 17-26.
- Allal, A.S., Sprangers, M.A.G., Laurencet, F., Reymond, M.A., y Kurtz, J.M. (1999). Assessment of long-term quality of life in patients with anal carcinomas treated by radiotherapy with or without chemotherapy *British Journal of Cancer*, 80(10), 1588-1594. doi: 10.1038/sj.bjc.6690567
- Alonso, J., Antó, J.M., y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80(6), 704-708.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Barcelona: Medicina Clínica, 104, 771-776.
- American Cancer Society. (1991). American Cancer Society's Second Workshop on Methodology in Behavioural and Psychosocial Cancer Research. *Cancer*, 67 (suplemento 3), 765-868.
- American Cancer Society. (2011). *Global Cancer Facts & Figures. 2nd Edition. Atlanta: American Cancer Society.*
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1075.
doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066>
- Andersen, B.L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors. *Cancer*, 55(8), 1835-1842. doi: 10.1002/1097-0142(19850415)55:83.0.CO;2-K

- Andresen, E.M., Malmgren, J.A., Carter, W.B., y Patrick, D.L. (1994). Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 77-84.
- Angenete, E., Asplund, D., Andersson, J., y Haglind, E. (2014) Self reported experience of sexual function and quality after abdominoperineal excision in a prospective cohort. *International Journal of Surgery*, 12, 1221-1227. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.10.003
- Apolone, G., Filiberti, A., Cifani, S., Ruggiata, R., y Mosconi, P. (1998). Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: A comparison with SF-36 health survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients. *Annals of Oncology*, 9(5), 549-557.
- Aristóteles (1995). *Ética Nicomaquea. Ética Eudemia*. Madrid: Gredos SA.
- Arnau, J., Balluerka, N., Bono, R., y Gorostiaga, A. (2010). General linear mixed model for analysing longitudinal data in developmental research. *Perceptual and motor skills*, 110(2), 547-566. doi: 10.2466/PMS.110.2.547-566
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., y Brenner, H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(23), 4829-4836.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., y Brenner, H. (2006). Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: a population based study. *European Journal of Cancer*, 42(12), 1848-1857.
- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J., y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de psicología de la salud*, 7, 13-33.
- Arraras, J.I., Valerdi, J.J., y Hernández-Bronchud M. (2001). *Calidad de Vida en la Enfermedad Neoplásica*. JANSSEN-CILAG.
- Arraras, J.I., y Villafranca, E. (1996). Psychological support for inpatients with cancer in Spain. *Health Psychology Update*, 24, 10-13.
- Arraras, J.I., Prujá, E., Tejedor, M., Illarramendi, J.J., Domínguez, M.A., y Valerdi, J.J. (1999). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (versión 2.0). Estudio de validación para nuestro país con pacientes con cáncer de pulmón. *Revista de Oncología*, 1, 257-263.
- Arraras, J.I., Prujá, E., Marcos, M., Tejedor, M., Illarramendi, J.J., Vera, R., Arias, F., y Valerdi, J.J. (2000). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de pulmón de la EORTC QLQ-LC13. Estudio de validación para nuestro país [The EORTC QLC-LC13 quality of life for lung cancer patients. Validation study for Spain]. *Oncología*, 23(3), 127-134.

- Arraras, J.I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., y Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire. Validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology* 11(3), 249-256. doi: 10.1002/pon.555
- Arraras, J.I., Suárez, J., Arias de la Vega, F., Vera, R., Asín, G., Arrazubi, V., Rico, M., Teijeira, L., y Azparren, J. (2011). The EORTC Quality of Life questionnaire for patients with colorectal cancer: EORTC QLQ-CR29 validation study for Spanish patients. *Clinical and Translational Oncology*, 13(1), 50-6. doi: 10.1007/s12094-011-0616-y
- Arraras, J.I., Suárez, J., Arias-de-la-Vega, F., Vera, R., Ibáñez, B., Asin, G., Viudez, A., Zarandona, U., Rico, M., y Hernández, I. (2013). Quality of life assessment by applying EORTC questionnaires to rectal cancer patients after surgery and neoadjuvant and adjuvant treatment. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(5), 255-261.
- Asoglu, O., Matlim, T., Karanlik, H., Atar, M., Muslumanoglu, M., Kapran, Y., Igci, A., Ozmen, V., Kecer, M., y Parlak, M. (2009). Impact of laparoscopic surgery on bladder and sexual function after total mesorectal excision for rectal cancer. *Surgical Endoscopy*, 23(2), 296-303. doi: 10.1007/s00464-008-9870-7
- Ato, M., y Vallejo, G. (2007). *Diseños experimentales en Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Aylard, P.R., Gooding, J.H., McKenna, P.J., y Snaith, R.P. (1987). A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 261-268. doi: 10.1016/0022-3999(87)90083-3
- Badía, X., y Alonso, J. (1994). *Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile*. Barcelona: Medicina Clínica, 102, 90-95.
- Badía, X., y Rovira, J. (1995). *Farmacoeconomía: Evaluación Económica de Medicamentos*. Madrid: Editores médicos S.A.
- Barg, F.K., Cooley, M., Pessceta, J., Senay, D., y McCorkle, R. (1994). Development of a self-administered psychosocial cancer screening tool. *Cancer Practice*, 2(4), 288-296.
- Barreto, M^a P., Ibáñez, E., y Capafons, A. (1987). ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer? *Boletín de Psicología*, marzo, 125-146.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica: (prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer)* (2^a Edición). Barcelona. Martinez Roca.
- Baker, F., Denniston, M., Zabora, J., Polland, A., y Dudley, W.N. (2002). Profile of Mood States (POMS): A POMS short form for cancer patients: psychometric and structural evaluation. *Psycho-Oncology*, 11(4), 273-281. doi: 10.1002/pon.564

- Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. *Medicina Clínica*, 113(7), 273-277.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Bekkers, M.J.T.M., van Knippenberg, F.C.E., van den Borne, H.W., y van Berge-Hanegouwen, G.P. (1996). Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 183-191.
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P.W., Henningsohn, L., y Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(18), 1383-1389.
doi: 10.1056/NEJM199905063401802
- Bergner, M. (1989). Quality of Life, Health Status, and Clinical Research. *Medical Care*, 27(suplemento 3), 148-156.
- Billings, A.G., y Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.877
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: behavioral medicine*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Bjordal, K., y Kaasa, S. (1992). Psychometric validation of the EORTC Quality of life questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 31(3), 311-321.
- Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, P.M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D., Ahlner-Elmqvist, M., Maher, E.J., Meyza, J.W., Brédart, A., Söderholm, A.L., Arraras, J.J., Feine, J.S., Abendstein, H., Morton, R.P., Pignon, T., Huguenin, P., Bottomly, A., y Kaasa, S. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of Cancer*, 36(14), 1796-1807
- Blanca, M. J. (2004). Alternativas de análisis estadístico en los diseños de medidas repetidas. *Psicothema*, 16(3), 509-518.
- Blanchard, C.G., Albrecht, T.L., Ruckdeschel, J.C., Grant, C.H., y Hemmick, R.M. (1995). *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 75-95. doi:10.1300/J077V13N01_05
- Bleiberg, H., Rougier, P., y Wilke, H.J. (1998). *Management of colorectal cancer*. Londres: Martin Dunitz.
- Bolumar, F., Vioque, J., y Cayuela, A. (1991). Changing mortality patterns for major cancers in Spain, 1951-1985. *International Journal of Epidemiology*, 20(1), 20-25.
doi: 10.1093/ije/20.1.20
- Bonfill, X. (1990). Cáncer y calidad de vida. *Revista Medicina Clínica*, 95(3), 106-109.

- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Bray F., Ren J.S., Masuyer E., y Ferlay J. (2013) Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133-1145. doi: 10.1002/ijc.27711
- Breukink, S.O., van der Zaag-Loonen, H.J., Bouma, E.M.C., Pierie, J.P.E.N., Hoff, C., Wiggers, T., y Meijerink, W.J. (2007). Prospective evaluation of quality of life and sexual functioning after laparoscopic total mesorectal excision. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(2), 147-155.
- Browman, G.P., Levine, M.H., Hodson, D.I., Sathya, J., Russell, R., Skingley, P., Cripps, C., Eapen, L., y Girard, A. (1993). The Head and Neck Radiotherapy Questionnaire: a morbidity/ Quality of life instrument for clinical trials of radiation therapy in locally advanced head and neck cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11(5), 863-872.
- Brown, D.J., McMillan, D.C., y Milroy, R. (2005). The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer*, 103(2), 377-382. doi: 10.1002/cncr.20777
- Brown, H., y Randle, J. (2005). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x
- Bruheim, K., Tveit, K., y Skovlund, E. (2010). Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. *Acta Oncologica*, 49(6), 826-832. doi: 10.3109/0284186X.2010.486411
- Bullen, T.L., Sharpe, L., Lawsin, C., Patel, D.C., Clarke, S., y Bokey, L. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 459-463. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.010
- Butler, B. (1954). The use of Hypnosis in the care of the cancer patient. *Cancer*, 7(1), 1-14.
- Camilleri-Brennan, J., y Steele, R.J.C. (2001). Prospective analysis of quality of life and survival following mesorectal excision for rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 88(12), 1617-1622. doi: 10.1046/j.0007-1323.2001.01933.x
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Camps, C., Escobar, Y., Esteban, E., Almenárez, J.A., Moreno Jiménez, B., Gálvez Herrer, M., Arranz, P., y Sánchez, P.T. (2009). Professional burnout among Spanish medical oncologists. *Clinical and Translational Oncology*, 11(2), 86-90.
- Caro, I., e Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, (36), 43-69.

- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies. A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
doi: 10.1037/0022-3514.65.2.375
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cassileth; B.R., Lusk, E.J., Strouse, T.B., Miller, D.S., Brown, L.L., y Cross, P.A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and the next-of-kin. *Cancer* 55(1), 72-76.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J., Brown, L.L., Cross, P.A., Walsh, W.P., y Hurwitz, S. (1986). Factors associated with the psychological distress in cancer patients. *Medical and Pediatric Oncology*, 14(5), 251-254.
- Cella, D.F., y Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4(5), 29-38.
- Cella, D.F. (1992). Quality of life: the concept. *Journal of Palliative Care*, 8(3), 8-13.
- Cella, D.F., y Tulsky, D.S. (1993). Quality of life in cancer. Definition, purpose and method of measurement. *Cancer investigation*, 11(3), 327-336.
doi: 10.3109/07357909309024860
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J., y Sarafian, B. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Cella, D.F. (1995a). Methods and problems in measuring quality of life. *Support Care Cancer*, 3(1), 11-22. doi: 10.1007/BF00343916
- Cella, D.F. (1995b). Measuring Quality of Life in Palliative Care. *Seminars in Oncology*, 22(2 suplemento 3), 73-81.
- Cerfolio, N. (1995). Psychiatric liaison to gynaecological oncology. *Psycho-Oncology*, 4(2), 143-147. doi/10.1002/pon.2960040208
- Chulkova, V.A., y Komiakov, I.P. (2010). Emotional burnout among oncologists. *Voprosy Onkologii*, 56(1), 79-82.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., y Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. London: Routledge.
- Cohen, F., y Lazarus, R.S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35(5), 375-389.

- Cohen, S.R., Mount, B.M., y MacDonald, N. (1996). Defining Quality of Life. *European Journal of Cancer*, 32A(5), 753-754.
- Cohen, S.R., Mount, B.M., Tomas, J.J., y Mount, L.F. (1996). Existential well-being is an important determinant of Quality of Life. Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer*, 77(3), 576-586.
doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0
- Crawford, J.R., y Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265.
doi: 10.1348/0144665031752934
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cull, A.M. (1992). The assessment of sexual function in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 28A(10), 1680-1686. doi:10.1016/0959-8049(92)90068-D
- Cull, A.M., Sprangers, M.A.G., Bjordal, K., y Aaronson, N.K. (1998). *EORTC Quality of Life Study Group Translation Procedure*. EORTC: Brussels.
- Culver, J.L., Arena, P.L., Wimberly, S.R., Antoni, M.H., y Carver, C.S. (2004). Coping among African-American, Hispanic, and non-Hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychol Health*, 19(2), 157-166.
doi:10.1080/08870440310001652669
- Curbow, B., y Somerfield, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 113-131.
doi:10.1300/J077v09n02_08
- Davidson, J., Norman, A., Uuchler, T.K., Cunningham, D., y Watson, M. (2003). Development of a disease specific questionnaire to supplement a generic tool for QoL in colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 12(7), 675-685.
doi: 10.1002/pon.684
- De Boer, J.B., Sprangers, M.A.G., Aaronson, N.K., Lange, J.M.A., y Van Dam, F.S.A.M. (1996). A study of the reliability, validity and responsiveness of the HIV Overview of Problems Evaluation System (HOPES) in assessing the Quality of Life of patients with AIDS and symptomatic HIV infection. *Quality of Life Research*, 5(3), 339-347. doi: 10.1007/BF00433918
- De Haes, J.C.J.M. (1985). Quality of life: conceptual and theoretical considerations. *Psychosocial Oncology*, 61-70.
- De Haes, J.C.J.M., van Oostrom, M.A., y Welvaart, K. (1986). The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 12(4), 337-342.

- De Haes, J.C.J.M., y van Knippenberg, F.C. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's tower revisited". *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1239-1241. doi: 10.1016/0895-4356(89)90123-6
- De Haes, J.C.J.M., van Knippenberg, F.C., y Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal Cancer*, 62(6), 1034-1038.
- De Haes, J.C.J.M., De Ruiter, J.H., Tempelaar, R., y Pennink, B.J. (1992). The distinction between affect and cognition in the quality of life of cancer patients-sensitivity and stability. *Quality of Life Research*, 1(5), 315-322. doi:10.1007/BF00434945
- De Haes, J.C.J.M., Olschewski, M., Fayers, P., Vissen, M.R.M., Cull, A., Hopwood, P., y Sanderman, R. (1996). *Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): A manual. Northern Centre for Health Care Research (NCH)*. The Netherlands: University of Groningen.
- De Haes, J.C.J.M. (1997). Quality of life in cancer research and care. *Oncology in Practice*, 1, 4-5.
- De Haes, J.C.J.M. (1998). *Het Belang van de Psychosociale Oncologie*. Oral Presentation held at the symposium organized for Dr Ton Staps. University of Nijmegen.
- Deimling, G.T., Wagner, L.J., Bowman, K.F., Sterns, S., Kercher, K., y Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, longterm cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15(2), 143-159. doi: 10.1002/pon.931
- Del Valle, E., Muñoz, F., de Fuenmayor, M.L., Rodríguez, M., Perea, J., y Muñoz-Calero, A. (2003). Resultados de la cirugía con tratamiento neoadyuvante del cáncer de recto. *Cirugía Española*, 73(1), 33-37.
- Demirci, S., Yildirim, Y.K., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., y Aras, A.B. (2009). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27(3), 968-974. doi: 10.1007/s12032-009-9318-5
- de Ridder, D., y Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology Health and Medicine*, 1(1), 71-82. doi: 10.1080/13548509608400007
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J.H., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., y Carniche, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6), 751-757. doi:10.1001/jama.1983.03330300035030
- Derogatis, L.R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Derogatis, L.R. (1986). Psychosocial Adjustment to Illness Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.

- Díaz-Rubio, E. (1998). *Documentos de consenso en Oncología. Cáncer colorrectal*. Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Druss, R.G., O'Connor, J.F., y Stern, L.O. (1969). Psychologic response to colectomy II. *Archives of General Psychiatry*, 20(4), 419-427. doi:10.1001/archpsyc.1969.01740160035006
- Dunn, J., Lynch, B., Aitken, J., Leggett, B., Pakenham, K., y Newman, B. (2003). Quality of life and colorectal cancer: a review. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(1), 41-53. doi: 10.1111/j.1467-842X.2003.tb00378.x
- Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., McPherson, L., Owen, N., Leggett, B., Newman, B., y Aitken, J. (2006). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 20-30. doi: 10.1002/pon.919
- Dunn, J., Kay Ng, S., Holland, J., Aitken, J., Youl, P., Baade, P.D., y Chambers S.K. (2013). Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1759-1765. doi: 10.1002/pon.3210
- Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., y Holzel, D. (2003a). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42(7), 710-718. doi:10.1080/02841860310017658
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., y Hölzel, D. (2003b). Quality of Life in Rectal Cancer Patients A Four-Year Prospective Study. *Annals of Surgery*, 238(2), 203-213. doi: 10.1097/01.sla.0000080823.38569.b0
- Espinosa, E., Zamora, P., González-Baron, M., y Ordoñez, A. (1990). Calidad de vida en oncología: una revisión del problema. *Revista Clínica Española*, 187, 461-465.
- EuroQol Group: (1990). EuroQol-A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Fallowfield, L.J. (1995). Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncologica*, 34(5), 689-694.
- Fallowfield, L.J. (1996). Quality of quality-of-life data. *Lancet*, 348(9025), 421-422.
- Farber, J.M., Weinerman, B.H., y Kuypers, J.A. (1984). Psychosocial distress in oncology out-patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 109-118.
- Feld, R. (1995). Endpoints in cancer clinical trials: is there a need for measuring quality of life? *Support Care Cancer*, 3(1), 23-27. doi: 10.1007/BF00343917
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. By Herman Feifel (Editor). New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H., Strack, S., y Nagy, V.T. (1987). Degree of life-threat and differential use of coping modes. *Journal Psychosomatic Research*, 31(1), 91-99. doi:10.1016/0022-3999(87)90103-6

- Feifel, H., Strack, S., y Tong, V. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*, 49(6), 616-625.
doi: 10.1097/00006842-198711000-00007
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., y Bray, F. (2012). *Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012*. v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 111
- Fernández, J.A., y Hernández, R. (1993). Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Medicina Clínica*, 101, 576-578.
- Fernández-López, J.A., Hernández-Mejía, R., y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica [Quality of life profile for the chronically ill (PECVEC): a method to evaluate well-being and functioning in clinical practice]. *Atención Primaria*, 28(10), 680-689. doi:10.1016/S0212-6567(01)70484-2
- Fernández-Martos, C., Aparicio, J., Bosch, C., Torregrosa, M., Campos, J.M., Garcera, S., Vicent, J.M., Maestu, I., Climent, M.A., Mengual, J.L., Tormo, A., Hernandez, A., Estevan, R., Richart, J.M., Viciano, V., Uribe, N., Campos, J., Puchades, R., Arlandis, F., y Almenar, D. (2004). Preoperative uracil, tegafur, and concomitant radiotherapy in operable rectal cancer: A phase II multicenter study with 3 years's follow-up. *Journal of Clinical Oncology*, 22(15), 3016-3022.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Promolibro. Valencia.
- Ferrero, J., Barreto, M.P., y Toledo, M. (1994). Mental Adjustment to Cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223-232. doi: 10.1002/pon.2960030309
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality Social Psychology*, 48(1), 150-170. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., y Gruen, R. (1986). The dynamics of stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
doi: 10.1037/0022-3514.54.3.466

- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988b). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Folkman, S., y Greer, S. (2000). Promoting Psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.
- Font, A. (1988). *Valoración de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Font, A. (1990). *Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer [tesis doctoral]*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Font, A., y Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la Calidad de Vida en enfermedades crónicas. En M. Forns y M.T. Anguera (EDS.) *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*, 175-195. Barcelona: Universitas 53, PPU.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*, (61), 41-50.
- Fresco, R., Hodoul Azema, D., Busso, M., Delpero, J.R., Tatossian, A., y Guerinel, G. (1988). Les amputés du rectum: difficultés psychologiques, familiales et sexuelles. [Patients with an excised rectum: psychological, familial and sexual difficulties (apropos of 10 cases)] *Revue médicale de la Suisse romande*, 108(2), 105-111.
- Frigell, A., Ottander, M., Stenbeck, H., y Páhlman, L. (1990). Quality of life of patients treated with abdominoperineal resection or anterior resection for rectal carcinoma. *Annales chirurgiae et gynaecologiae*, 79(1), 26-30.
- Gall, C.A., Weller, D., Esterman, A., Pilotto, L., McGorm, K., Hammett, Z., y Wattchow, D. (2007). Patient satisfaction and health-related quality of life after treatment for colon cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50(6), 801-809.
doi: 10.1007/s10350-006-0815-8
- Galt, E., y Hill, H. (2002). *What about sex? For people with a stoma and their partners*. Melbourne: Victoria Dansac.
- Ganz, P.A., Bernhard, J., y Hürny, C. (1991). Quality of life and psychosocial oncology research in Europe: State of the art. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(1), 1-22. doi:10.1300/J077v09n01_01
- Ganz, P.A., Lee, J.J., Siau, J. (1991). Quality of life assessment: An incident prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer*, 67(12), 3131-3135.
- Ganz, P.A. (1994a). Quality of Life and the Patient with cancer: Individual and Policy Implications. *Cancer*, 74 (suplemento 4), 1445-1452. doi: 10.1002/1097-0142(19940815)74:4+<1445::AID-CNCR2820741608>3.0.CO;2-#
- Ganz, P.A. (1994b). Long-range effect of clinical trial interventions on Quality of Life. *Cancer*, 74(suplemento 9), 2620-2624.
- García-Riaño, D. (1991). Calidad de Vida. Aproximación Histórico-Conceptual. *Boletín de Psicología*, 1991(30), 55-94.

- Gavilán Bouzas, J. (1999). Versión española de la Psychosocial Adjustment to Illness Scale. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 108(10), 990-997.
- Geirdal, A. Ø., y Dahl, A.A. (2008). The relationship between coping strategies and anxiety in women from families with familial breast-ovarian cancer in the absence of demonstrated mutations. *Psycho-Oncology*, 17(1), 49-57.
- Gil, J. (2004). Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. En Psicología Pirámide (ed.), Capítulo 1. Aproximación histórica a la psicología de la salud (pp. 23-66). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Goldberg, D. (1986). Use of the general health questionnaire in clinical work. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 293(6556), 1188-1189.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.293.6556.1188>
- Goldstein, M.J. (1959). The relationship between coping and avoididng and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 247-252.
- Gooszen, A.W., Geelkerken, R.H., Hermans, J., Lagaay, M.B., y Gooszen, H.G. (2000). Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Diseases of the Colon & Rectum*, 43(5), 650-655. doi: 10.1007/BF02235581
- Gotay, C.C., Korn, E.L., McCabe, M.S., Moore, T.D., y Cheson, B.D. (1992). Quality of Life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(8), 575-579.
doi: 10.1093/jnci/84.8.575
- Gotay, C.C., y Moore, T.D. (1992). Assesing quality of life in head and neck cancer. *Quality of life Research*, 1(1), 5-17. doi:10.1007/BF00435431
- Gotay, C.C., y Stern, J.D. (1995). Assessment of psychological functioning in cancer patients. *Journal of Psycho Oncology*, 13(1-2), 123-160.
doi:10.1300/J077V13N01_08
- Gough, I., Furnival, C., Schilder, L., y Grove, W. (1983). Assessment of the Quality of Life Patients with Advanced Cancer. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 19(8), 1161-1165.
- Grann, A., Feng, C., Wong, D., Saltz, L., Paty, P.P., Guillem, J.G., Cohen, A.M., y Minsky, B.D. (2001). Preoperative combined modality therapy for clinically resectable uT3 rectal adenocarcinoma. *International Journal of Radiation Oncology*, 49(4), 987-995. doi:10.1016/S0360-3016(00)01529-7
- Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Uman, G., Chu, D., y Krouse, R. (2004). Revision and psychometric testing of the City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire. *Quality of Life Research*, 13(8), 1445-1457.
- Green, B.L., Rowland, J.H., Krupnick, J.L., Epstein, S.A., Stockton, P., Stern, N.M., Spertus, I.L., y Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102-111.

- Greenberg, D. (1984). The Measurement of Sexual Dysfunction in Cancer Patients. *Cancer*, 53(suplemento 10), 2281-2286.
- Greer, S., y Morris, T. (1975). Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147-153.
doi:10.1016/0022-3999(75)90062-8
- Greer, S., Moorey, S., y Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research* 33(3), 373-377.
- Guyatt, G.H., Veldhuyzen van Zanten, S.J.O., Feeny, D.H., y Patrick, D.L. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: A taxonomy and review. *Canadian Medical Association Journal*, 140(12), 1441-1448.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., y Patrick, D.L. (1993). Measuring Health-related Quality of life. *Annales of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hack, T.F., y Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13(4), 235-247. doi: 10.1002/pon.739
- Hamilton, M.J. (1960). Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Henderson-James, D., y Spilker, B. (1990). *An industry perspective. In Quality of Life Assessment in Clinical Trials* (Spilker B, ed.). New York: Raven Press, 183-192.
- Hendren, S.K., O'Connor, B.I., Liu, M., Asano, T., Cohen, Z., Swallow, C., Macrae, H.M., Gryfe, R., y McLeod, R.S. (2005). Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals of Surgery*, 242(2), 212-223. doi: 10.1097/01.sla.0000171299.43954.ce
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.
doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., y Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511.
doi:10.1038/sj.bjc.6601986
- Holland, J.C. (1989). *Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals*. In Holland, J.C., y Rowland, J.H. (Primera edición). *Handbook of Psychooncology* New York : Oxford University Press, 13-21.
- Holland, J. C., y Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology (Primera edición)*. Nueva York: Oxford University Press.

- Holland, J.C. (1991). Progress and Challenges in Psychosocial and Behavioral Research in Cancer in the Twentieth Century. *Cancer*, 67(suplemento 3), 767-773. doi: 10.1002/1097-0142(19910201)67:3+3.0.CO;2-D
- Holland, J.C. (1992). Psychooncology: Where are we, and Where are we going? *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 103-112. doi: 10.1300/J077v10n02_07
- Holland, K.D., y Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology & Health*, 18(1), 15-29. doi: 10.1080/0887044031000080656
- Hollen, P.J., Gralla, R.J., Kris, M.G., y Potanovich, L.M. (1993). Quality of Life assessment in individual with lung cancer: testing the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). *European Journal of Cancer*, 29A (suplemento 1), 51-58.
- Hopwood, P. (1992). Progress, problems and priorities in Quality of Life research. *European Journal of Cancer*, 28A(10), 1748-1752. doi:10.1016/0959-8049(92)90082-D
- Hopwood, P. (1996). Quality of Life assessment in Chemotherapy Trials for Non-Small Cell Lung Cancer: are theory and practice significantly different? *Seminars in Oncology*, 23(5 suplemento 10), 60-64.
- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale (IES). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychological Medicine*, 41(3), 209-218.
- Hunt, S.M., y McEwen, J. (1980). The Development of Subjective indicator. *Sociology of Health and Illness*, 2(3), 231-246. doi: 10.1111/j.1467-9566.1980.tb00213.x
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E.O., y Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 411-421. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.011
- Ibáñez, E., y Andreu, Y. (1988). Calidad de Vida y psicología oncológica. *Anuario de Psicología*, 1(38), 7-14.
- Ibáñez, E. (1996). *Breve historia de la Psico-Oncología*. En Usieto, R. (Ed), *Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mama* (pp. 91-115). Madrid: CESA.
- Ibáñez, E., Valiente, M., y Soriano, J. (2002). *Una historia de la Psico-Oncología: del cáncer a la Psicología e vice-versa*. (pp. 347-380). En *Territorios da Psicología Onológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ibáñez, E., y Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos con cáncer: planteamientos del presente, deseos del futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 150-151.
- Ibbotson, T., Magire, P., Selby, P., Priestman, T., y Wallace, L. (1994). Screening for Anxiety and Depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A(1), 37-40. doi: 10.1016/S0959-8049(05)80015-2

- Iconomou, G., Mega, V., Koutras, A., Iconomou, A.V., y Kalofonos, H.P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer*, 101(2), 404-411. doi: 10.1002/cncr.20385
- Jansen, L., Koch, L., Brenner, H., y Arndt, V. (2010). Quality of life among long-term (>=5 years) colorectal cancer survivors – systematic review. *European Journal of Cancer*, 46(16), 2879-2888. doi: 10.1016/j.ejca.2010.06.010
- Johnson, C., Aaronson, N.K., Blazeby, J.M., Bottomley, A., Fayers, P., Koller, M. Kuliš, D., Ramage, J., Sprangers, M.A.G., Velikova, G., y Young, T. (2011). EORTC Quality of Life Group. Guidelines for Developing Questionnaire Modules. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*.
- Johnson, G., Burvill, J.G., Anderson, C.S., Jamrozik, K., Stewart-Wynne, E.G., Chakera, T.M. (1995). Assessment of psychological functioning in cancer patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 252-257.
- Johnson, J.R., y Temple, R. (1985). Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs. *Cancer Treatment Reports*, 69(10), 1155-1159.
- Kaasa, S., Masterkaasa, A., y Naess, S. (1988). Quality of life of lung cancer patients in a randomized clinical trial evaluated by a psychosocial well-being questionnaire. *Acta Oncologica*, 27(4), 335-342.
- Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S., Wist, E., Moum, T., y Kvikstad, A. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy and Oncology*, 27(3), 193-197. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0167-8140\(93\)90073-H](http://dx.doi.org/10.1016/0167-8140(93)90073-H)
- Kangas, M., Henry, J.L., y Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524. doi:10.1016/S0272-7358(01)00118-0
- Karnofsky, D. A., Abelmann, 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.
- Karnofsky, D. A., y Burchenal, J.H. (1949). *Performance status. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. En McLeod (Ed). Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Nueva York: Columbia University Press.
- Kiebert, G.M., De Haes, J.C., y Van de Velde, C.J. (1991). The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: A review. *Journal of Clinical Oncology*, 9(6), 1059-1070.
- Kiebert, G.M., Kaasa, S. (1996). Quality of Life in clinical cancer trials: experience and perspective of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (20), 91-95.
- Kiely, W.F. (1972). Coping with severe illness. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 105-118.

- Kobayashi, K., Takeda, F., Teramukai, S., Gotoh, I., Sakai, H., Yoneda, S., Noguchi, Y., Ogasawara, H., y Yoshida, K. (1998). A cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) for Japanese with lung cancer. *European Journal of Cancer*, 34(6), 810-815. doi: 10.1016/S0959-8049(97)00395-X
- Köhne, C.H., y Folprecht, G. (2004). Current perspectives in the treatment of metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology*, 15(suplemento 4), 43-53. doi:10.1093/annonc/mdh904
- Kopp, I., Bauhofer, A., y Koller, M. (2004). Understanding quality of life in patients with colorectal cancer: comparison of data from a randomised controlled trial, a population based cohort study and the norm reference population. *Inflammation Research*, 53(suplemento 2), 130-135. doi: 10.1007/s00011-004-0361-6
- Krook, J.E., Moertel, C.G., Gunderson, L.L., Wieand, H.S., Collins, R.T., Beart, R.W., Kubista, T.P., Poon, M.A., Meyers, W.C., Mailliard, J.A., Twito, D.I., Morton, R.F., Veeder, M.H., Witzig, T.E., Cha, S., y Vidyarthi, S.C. (1991). Effective surgical adjuvant therapy for high risk rectal carcinoma. *New England Journal of Medicine*, 324, 709-715. doi: 10.1056/NEJM199103143241101
- Kübler-Ross. (1969). *On Death and Dying*. Simon & Schuster/Touchstone.
- Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, V., y Scholl, M. (1991). Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Zeitschrift für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete*, 46(18), 690-696.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Stommel, M., Given, C.W., y Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer: a longitudinal view. *Support Care Cancer*, 10(6), 494-501. doi: 10.1007/s00520-001-0338-8
- Lampic, C., Wennberg, A., Schill, J.E., Glimelius, B., Brodin, O., y Sjöden, P.O. (1994). Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncologica*, 33(8), 887-894.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., y Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. En: La Pervin, M Lewis, (editores). *Perspectives in interactional psychology*. New York : Plenum, 287-327.
- Lazarus, R.S., Kanner, A., y Folkman, S. (1980). *Emotions: A cognitive-phenomenological analysis*. En: R Plutchnik, H. Kellerman, (editores). (pp. 189-217). *Theories of emotion*. New York: Academic Press.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

- Leinster, S.J. (1994). How to do it Breast Cancer. The psychological management of the patient with early breast cancer. *European Journal Surgical Oncology*, 20(6), 711-714.
- Levine, E.G., Eckhardt, J., y Targ, E. (2005). Change in posttraumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), 618-635. doi: 10.1002/pon.882
- Levine, M.N., Guyatt, G.H., y Gent, M. (1988). Quality of Life in Stage II Breast Cancer: An instrument for clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 6(12), 1798-1810.
- Lipowski, Z.J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91-102. <http://dx.doi.org/10.2190/19Q3-9QL8-XYV1-8XC2>
- Lizán, L. (1997). *Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA*. Universidad Miguel Hernández. Tesis doctoral.
- Lobo, A., Campos, R., y García Campayo, J.J. (1990). La morbilidad psíquica en enfermos oncológicos. *Monografías de psiquiatría*, 6, 18-32.
- Longe, J.L. (2005). *The gale encyclopedia of cancer a guide to cancer and its treatments*. Detroit: Gale Group.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.L., Martín-Aragón, M., y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(2), 127-155.
- Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergón.
- Lynch, H.T., y de la Chapelle, A. (2003). Hereditary colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 348(10), 919-932. doi: 10.1056/NEJMra012242
- Lynch, B.M., Cerin, E., Newman, B., y Owen, N. (2007). Physical activity, activity change, and their correlates in a population-based sample of colorectal cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 135-143. doi: 10.1080/08836610701564147
- Lynch, B.M., Steginga, S.K., Hawkes, A.L., Pakenham, K.I., y Dunn, J. (2008). Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer. *Cancer*, 112(6), 1363-1370. doi: 10.1002/cncr.23300
- MacDonald, L.D., y Anderson, H.R. (1984). Stigma in patients with rectal cancer: a community study. *Journal Epidemiology and Community Health*, 38, 284-290.
- MacDonald, L.D., y Anderson, H.R. (1985). The health of rectal cancer patients in the community. *European Journal of Surgical Oncology*, 11(3), 235-241.
- MacFarlane, J.K., Ryall, R.D.H., y Heald, R.J. (1993). Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet*, 341(8843), 457-460.
- Maes, S., Leventhal, H., y de Ridder, D.T.D. (1996). *Coping with chronic diseases*. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research and applications* (pp. 221-251). New York: John Wiley & Sons.

- Maher, E.J., Mackenzie, C., Young, T., y Marks, D. (1996). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treatments Review*, 22(A), 123-129.
doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0305-7372\(96\)90074-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-7372(96)90074-2)
- Manceau, G., Karoui, M., Werner, A., Mortensen, N.J., y Hannoun, L. (2012). Comparative outcomes of rectal cancer surgery between elderly and non-elderly patients: a systematic review. *The Lancet Oncology*, 13(12), 525-536. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70378-9
- Marijnen, C.A.M., van de Velde, C.H., Putter, H., van de Velde, C.H., Putter, H., van den Brink, M., Maas, C.P., Martijn, H., Rutten, H.J., Wiggers, T., Kranenbarg, E.K., Leer, J.W., y Stiggelbout, A.M. (2005). Impact of short-term preoperative radiotherapy on healthrelated quality of life and sexual functioning in primary rectal cancer: Report of a multicenter randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 23(9), 1847-1858. doi: 10.1200/JCO.2005.05.256
- Massie, M.J., y Holland, J.C. (1990). *Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders*. En JC Holland and JH Rowland (Eds) *Handbook of Psycho-oncology*. Nueva York, Oxford University Press (273-282).
- Mastracci, T.M., Hendren, S., O'Connor, B., y McLeod, R.S. (2006). The Impact of Surgery for Colorectal Cancer on Quality of Life and Functional Status in the Elderly. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(12), 1878-1884.
doi: 10.1007/s10350-006-0725-9
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Maxwell, S. E., y Delaney, H. D. (2004). *Designing experiments and analyzing data: A model comparison perspective*. New York: Psychology Press.
- McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G., Konopack, J., y Marquez, D. (2005). Physical activity-related well-being in older adults: social cognitive influences. *Psychology and Aging*, 20(2), 295-302. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.295>
- McCorkle, R., y Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1(5), 373-378.
- McCrae, R.R. (1989). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 44(6), 161-169. doi: 10.1093/geronj/44.6.P161
- McGill, J., y Paul, P. (1993). Functional status and hope in elderly people with and without cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(8), 1207-1213.
- McNair, D.M., Lorr, M., y Droppelman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.

- Mechanic, D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. Nueva York: The Free Press. Reeditado en 1978 by University of Wisconsin Press.
- Medical Research Council Rectal Cancer Working Party. (1996). Randomised trial of surgery alone versus surgery followed by radiotherapy for mobile cancer of the rectum. *Lancet*, 348(9042), 1610-1614.
- Mermelstein, H.T., y Lesko, L. (1992). Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 199-216.
- Midgley, R., y Kerr, D. (1999). Colorectal cancer. *Lancet*, 353(9150), 391-399.
- Mishel, M.H., Hostetter, T., King, B., y Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynaecological cancer. *Cancer Nursing*, 7(4), 291-299. doi: 10.1097/00002820-198408000-00003
- Moertel, C.G., Fleming, T.R., Macdonald, J.S., Haller, D.G., Laurie, J.A., Goodman, P.J., Ungerleider, J.S., Emerson, W.A., Tormey, D.C., Glick, J.H., Veeder, M.H., y Mailliard, J.A. (1990). Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. *New England Journal of Medicine*, 322, 352-358. doi: 10.1056/NEJM199002083220602
- Moertel, C.G., Fleming, T.R., Macdonald, J.S., Haller, D.G., Laurie, J.A., Tangen, C.M., Ungerleider, J.S., Emerson, W.A., Tormey, D.C., Glick, J.H., Veeder, M.H., y Mailliard, J.A. (1995). Fluorouracil plus levamisole as effective adjuvant therapy after resection of stage III colon carcinoma: a final report. *Annals of Internal Medicine*, 122(5), 321-326. doi:10.7326/0003-4819-122-5-199503010-00001
- Moinpour, C.M., Feigl, P., Metch, B., Hayden, A., Meyskens, F.L., y Crowley, J. (1989). Quality of life end points in cancer clinical trials: Review and recommendations. *Journal of the National Cancer Institute*, 81(7), 485-495. doi: 10.1093/jnci/81.7.485
- Moorey, S., y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., y Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259. doi: 10.1192/bjp.158.2.255
- Moorey, S., Frampton, M., y Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, 12(4), 331-344. doi: 10.1002/pon.646
- Moos, R.H. (1988). *Coping Responses Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Stanford University and Veterans Administration Medical Centres.
- Mor, M.C. (2000). *Salud física y psicológica en la tercera edad: estudio comparativo de ancianos en residencia y familia*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

- Mossey, J.M., y Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
doi: 10.2105/AJPH.72.8.800
- Moynihan, C. (1987). Testicular cancer: the psychosocial problems of patients and their relatives. *Cancer Surveys*, 6(3), 477-510.
- Mundy, E.A., Blanchard, E.B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., y Blanchard, C.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 1015-1027. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00144-8
- Muthny, F.A., Koch, U., y Stump, S. (1990). Quality of Life in oncology patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 145-160.
- Naidich, J.B., y Motta, R.W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 35-54.
doi: 10.1300/J288v01n01_04
- Navarro, R. (1994). Calidad de vida: parámetro de las ciencias de la salud. *Noticias Farmacoterapéuticas*, 7, 11-12.
- Nayfield, S.G., Hailey, B.J. (1991). *Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials*. Bethesda, Medical: Division of Cancer Prevention and Control, NCI, Eds.
- Nesbakken, A., Nygaard, K., Bull-Njaa, T., Carlsen, E., y Eri, L.M. (2000). Bladder and sexual dysfunction after mesorectal excision for rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 87(2), 206-210. doi: 10.1046/j.1365-2168.2000.01357.x
- Nordin, K., y Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer-variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7(5), 413-423.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, L., y Glimelius, B. (1999). The mental adjustment to cancer scale--a psychometric analysis and concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8(3), 250-259.
doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199905/06)8:3<250::AID-PON379>3.0.CO;2-J
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., y Sjødén, P.O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37(3), 376-384. doi:10.1016/S0959-8049(00)00398-1
- O'Connell, M.J., Maillard, J.A., Kahn, M.J., Macdonald, J.S., Haller, D.G., Mayer, R.J., y Wieand, H.S. (1997). Controlled trial of fluorouracil and low-dose leucovorin given for 6 months as postoperative adjuvant therapy for colon cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 15(1), 246-250.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., y Carbone, P.P. (1982). Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. doi: 10.1097/00000421-198212000-00014

- Olschewski, M., Schulgen, G., Schumacher, M., y Altman, D.G. (1994). Quality of Life assessment in clinical cancer research. *British Journal of Cancer*, 70(1), 1-5.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Carta Fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 2, 100.
- Ooi, Bs., Tjandra, J.J., y Green, M.D. (1999). Morbidities of adjuvant chemotherapy and radiotherapy for resectable rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42(3), 403-418. doi: 10.1007/BF02236362
- Ortega, y GASSET, J. (1969). *El espectador*. Madrid: Salvat.
- Ortiz, H. (2003). Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de colon. *Cirugía Española*, 73, 1-2.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Kissane, D.W., Burke, S.A., y Hopper, J.L. (1999) The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 29(6), 1335-1345. doi: 10.1017/S0033291799001142
- Orsini, R.G., Thong, M.S.Y., van de Poll-Franse, L.V., Slooter, G.D., Nieuwenhuijzen, G.A.P., Rutten, H.J.T., y de Hingh, I.H.J.T. (2013). Quality of life of older rectal cancer patients is not impaired by a permanent stoma. *European Journal of Surgical Oncology*, 39(2), 164-170. doi: 10.1016/j.ejso.2012.10.005
- Osoba, D. (1991). *Measuring the effect of cancer on Quality of Life*. En D.OSOBA (Ed.): Effect of cancer on Quality of Life. Boca Raton: CRC Press.
- Osoba, D. (1992). The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: Organization and functions. *Quality of Life Research*, 1, 211-218.
- Osoba, D. (1994). Lessons Learned From Measuring Health-Related Quality of Life in Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 12(3), 608-616.
- Osoba, D., Zee, B., Pater, J., Warr, D., Kaizer, L., y Latreille, J. (1994). Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Quality of Life Research*, 3(5), 353-364. doi: 10.1007/BF00451727
- Pachler, J., y Wille-Jørgensen, P. (2004). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD004323. doi: 10.3410/f.717969393.793471435
- Pachler, J., y Wille-Jørgensen, P. (2012). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD004323. doi: 10.1002/14651858.CD004323.pub4
- Pakenham, K.I. (2001). Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychology Health and Medicine*, 6(4), 411-428. doi:10.1080/13548500126537

- Palmer, S.C., Kagee, A., Coyne, J.C., y DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258-264.
- Parker, S.L., Tong, T., Bolden, S., y Wingo, P.A. (1996). Cancer statistics, 1996. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 46(1), 5-27.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J.M., y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18(3), 269-282.
- Pattishall, E.G. (1973). Basic assumptions for teaching of behavioral science in medical schools. *Social Science and Medicine*, 7, 923-926.
- Patrick, D.L., y Deyo, R.A. (1989). Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life. *Medical Care*, 27(suplemento 3), 217-232.
- Patrick, D.L., y Erickson P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pichot, P. (1986). DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Revue Neurologique*, 142(5), 489-499.
- Platell, C.F., Thompson, P.J., y Makin, G.B. (2004). Sexual health in women following pelvic surgery for rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 91(4), 465-468. doi: 10.1002/bjs.4471
- Portenoy, R.K., Thaler, H.T., Kornblith, A.B., Lepore, J.M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., y Norton, L. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptomp prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30A(9), 1326-1336. doi: 10.1016/0959-8049(94)90182-1
- Prietsman, T.J., y Baum, M. (1976). Evaluation of Quality of Life in patients receiving treatment for advanced cancer. *Lancet*, 1, 899-900.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., y Ruiz, I. (2003). Evaluation of the Psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x
- Ramsey, S.D., Andersen, M.R., Etzioni, R., Moinpour, C., Peacock, S., Potosky, A., y Urban, N. (2000) Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*, 88(6), 1294-1303. doi: 10.1002/(SICI)1097-0142(20000315)88:6<1294::AID-CNCR4>3.0.CO;2-M
- Ramsey, S., Berry, K., Moinpour, C., Giedzinska, A., y Andersen, M.R. (2002). Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(5), 1228-1234. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05694.x

- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., y Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British Journal Psychiatry*, *156*, 79-83. doi: 10.1192/bjp.156.1.79
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., Lynch, B.M., y Aitken, J.F. (2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology*, *18*(6), 624-633. doi: 10.1002/pon.1436
- Ringdal, G.I. y Ringdal, K. (1993). Testing the EORTC Quality of Life questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Quality fo Life Research*, *2*(2), 129-140. doi: 10.1007/BF00435732
- Rodin, J. y Stone, G. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. En G. Stone, S. Weis, J. Matarazo, N. Miller, J. Rodin, C. Belar, M. Follick y J. Singer (Eds.), *Health Psychology: A discipline and a profession*. Pp. 15-26. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Rodrigues, A., Teixeira, R., Teixeira, T., Conde, S., Soares, P., y Torgal, I. (2012). Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *285*, 505-514. doi: 10.1007/s00404-011-1988-5
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., y Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, *4*(2), 59-85.
- Romero, M., Alós, R., Aparicio, J., Estevan, R., García, J., Grau, E., Moreno, A., Navarro, S., Nomdedeu, J., Picón, G., y Viciano, V. (1999). Resumen de la Guía de Práctica Clínica en el Cáncer Colorrectal de la Sociedad Valenciana de Cirugía. *Cirugía Española*, *65*(4), 326-330.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Ross, L., Abild-Nielsen, A.G., Thomsen, B.L., Karlsen, R.V., Boesen, E.H., y Johansen, C. (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, *15*(5), 505-513. doi: 10.1007/s00520-006-0177-8
- Roth, S., y Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, *41*(7), 813-819.
- Sales, P.M.G., Carvalho, A.F., McIntyre, R.S., Pavlidis, N., y Hyphantis, T.N. (2014). Psychosocial predictors of health outcomes in colorectal cancer: A comprehensive review. *Cancer Treatment Reviews*, *40*, 800-809. doi: 10.1016/j.ctrv.2014.03.001

- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)*. Madrid: Ediciones TEA.
- Sánchez-Jiménez, A., Cantarero-Villanueva, I., Delgado-García, G., Molina-Barea, R., Fernández-Lao, C., Galiano-Castillo, N., y Arroyo-Morales, M. (2014) Physical impairments and quality of life of colorectal cancer survivors: a case-control study. *European Journal of Cancer Care*, 1-8. doi: 10.1111/ecc.12218
- Schag, C.A.C., Ganz, P.A., y Heinrich, R.L. (1991). Cancer Rehabilitation Evaluation System – short form (CARES-SF). A cancer specific rehabilitation and quality of life instrument. *Cancer*, 68(6), 1406-1413. doi: 10.1002/1097-0142(19910915)68:6<1406::AID-CNCR2820680638>3.0.CO;2-2
- Schipper, M., Clinch, J., McMurray, A., y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2(5), 472-483.
- Schipper, H. (1990). Guidelines and caveats for Quality of Life measurement in clinical practice and research. *Oncology*, 4(5), 51-57.
- Schmidt, C.E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W.E., Rohde, V., y Kremer, B. (2005). Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. *World Journal of Surgery*, 29(12), 1630-1641.
- Schmidt, C.E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W.E., y Kremer, B. (2005). Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer. *World Journal of Surgery*, 29(2), 190-197. doi: 10.1007/s00268-004-7556-4
- Schneider, E.C., Malin, J.L., Kahn, K.L., Clifford, Y., Adams, J., y Epstein, A.M. (2007). Surviving Colorectal Cancer: patient-reported symptoms 4 years after diagnosis. *Cancer*, 110(9), 2075-2082. doi:10.1002/cncr.23021
- Schnoll, R., Mackinnon, J., Stolbach, L., y Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology* 4(4), 265-272. doi: 10.1002/pon.2960040403
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C.M., Sandvik, L., y Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320. doi: 10.1002/pon.747
- Schroevers, M., Sanderman, R., van Sonderen, E., y Ranchor, A. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research*, 9(9), 1015-1029. doi: 10.1023/A:1016673003237
- Schwartz, C., Daltroy, L., Brandt, U., Friedman, R., y Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700032864>

- Schwarz, R., Bernhard, J., Flechtner, H., Hürny, Ch., y Küchler, T.H. (1994). Guidelines for the assessment of quality of life in oncology-implementing adequate methods and their content. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 120(11), 691-692. doi:10.1007/BF01245383
- Selby, P., y Robertson, B. (1987). Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surveys*, 6(3), 521-543.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Séneca (1996). *Sobre la felicidad*. Versión, y comentarios de Julián Marías. 9ª ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Shands, H.C., Finesinger, J.E., Cobb, S., y Abrams, R. (1951). Psychological mechanisms in patients with cancer. *Cancer*, 4, 1159-1170.
- Sharma, A., Sharp, D.M., Walker, L.G., y Monson, J.R.T. (2007). Predictors of early postoperative quality of life after elective resection for colorectal cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(12), 3435-3442. doi: 10.1245/s10434-007-9554-x
- Sharma, A., Walker, L.G., y Monson, J.R.T. (2013). Baseline Quality of Life Factors Predict Long Term Survival after Elective Resection for Colorectal Cancer. *International Journal of Surgical Oncology*, 2013, 269510. doi: 10.1155/2013/269510
- Sharpe, L., Patel, D., y Clarke, S. (2011). The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 395-402. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.003
- Shapiro, D. (1979). Biofeedback and behavioral medicine: an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31, 24-31. doi:10.1159/000287310
- Shumaker, S.A., y Naughton, M.J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Bezor, RA. *The international Assessment of Health Related Quality of Life: Theory, Translation Measurement and Analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd, 3-10.
- Sideris, L., Zenasni, F., Vernerey, D., Dauchy, S., Lasser, P., Pignon, J.P., Elias, D., Di Palma, M., y Pocard, M. (2005). Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: Impact of the type of surgery and patients' characteristics. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(12), 2180-2191. doi: 10.1007/s10350-005-0155-0
- Sidle, A., Moos, R.H., Adams, J., y Cady, P. (1969). Development of a coping scale. *Archives of General Psychiatry*, 20, 225-232.
- Sink, C.A. y Mvududu, N.H. (2010). Statistical Power, Sampling, and Effect Sizes : Three Keys to Research Relevancy. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1(2), 1-18. doi:10.1177/2150137810373613

- Siegel, K. (1990) Psychosocial Oncology research. *Social Work in Health Care*, 15(1), 21-43. doi:10.1300/J010v15n01_04
- Skarstein, J., Aass, N., Fosså, S.D., Skovlund, E., y Dahl, A.A. (2000) Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and European Organization for Research and Treatment of Cancer core quality of life questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27-34. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00080-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00080-5)
- Slevin, M.L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., y Gregory, W.M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57(1), 109-112. doi: 10.1038/bjc.1988.20
- Smith-Gagen, J., Cress, R.D., Drake, C.M., Romano, P.S., Yost, K.J., y Ayanian, J.Z. (2009). Quality-of-life and surgical treatments for rectal cancer – a longitudinal analysis using the California Cancer Registry. *Psycho-Oncology*, 19(8), 870-878. doi: 10.1002/pon.1643
- Smith, M.Y., Redd, W., DuHamel, K., Vickberg, S.J., y Ricketts, P. (1999). Validation of the PTSD Checklist-Civilian Version in survivors of bone marrow transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 485-499. doi: 10.1023/A:1024719104351
- Snaith, R.P., Baugh, S.J., Clayden, A.D., Hussain, A., y Sipple, M. (1982). The clinical anxiety Scale: a modification of the Hamilton Anxiety Scale. *British Journal of Psychiatry*, 141, 518-523.
- Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R.N., y Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34(12), 585-597. doi:10.1016/0021-9681(81)90058-8
- Solomon, G.F., y Moos, R.H. (1964). Emotions, Immunity and Disease: A Speculative Theoretical Integration. *Archives of General Psychiatry*, 11, 657-674. doi:10.1001/archpsyc.1964.01720300087011
- Soriano, M., Fernández de Larrea, N., Blasco, J.A., Hausmann, A., y Guerra, M. (2010). Cirugía laparoscópica en el cáncer colorrectal. Calidad de vida, impacto emocional y satisfacción de los pacientes. *Informes de evaluación de tecnologías sanitarias. UETS 2007/2*. Informes, estudios e investigación.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(suplemento 6), 1422-1426.
- Spiegel, D. (1994). Health Caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*, 74(suplemento 4), 1453-1457.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 109-116.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Sprangers, M.A.G., te Velde, A., Aaronson, N.K., Babs, G., y Taal, B.G. (1993). Quality of life following surgery for colorectal cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 2, 247-259. doi: 10.1002/pon.2960020405
- Sprangers, M.A.G., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M., y Aaronson, N.K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of Life Research*, 2(4), 287-295.
- Sprangers, M.A.G., Taal, B.G., Aaronson, N.K., y te Velde, A. (1995). Quality of life in colorectal cancer. Stoma vs. nonstoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, 38(4), 361-369.
- Sprangers, M.A.G. (1999). Quality-of-Life assessment in colorectal cancer patients: evaluation of cancer therapies. *Seminars in Oncology*, 26(6), 691-696.
- Sprangers, M.A.G., te Velde, A., y Aaronson, N.K. (1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). *European Journal of Cancer*, 35(2), 283-247.
- Stalker, M.Z., Johnson, P.S., y Cimma, C. (1990). Supportive activities requested by survivors of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7(4), 21-31. doi:10.1300/J077v07n04_02
- Stanton, A.L., y Snider, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12(1), 16-23. doi: 10.1037/0278-6133.12.1.16
- Stefanek, M.E., Derogatis, L.R., y Shaw A. (1987). Psychosocial distress among oncology outpatients. *Psychosomatics*, 28(10), 530-539. doi: 10.1016/S0033-3182(87)72467-0
- Steginga, S.K., Lynch, B.M., Hawkes, A., Dunn, J., y Aitken, J. (2009), Antecedents of domain-specific quality of life after colorectal cancer, *Psycho-Oncology*, 18(2), 216-220. doi: 10.1002/pon.1388
- Swedish Rectal Cancer Trail (1997). Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 336(14), 980-987. doi: 10.1056/NEJM199704033361402
- Tabernero, S., Navarro, F., González, I., y Costero, B. (2010). Cáncer de colon. *Medicine*, 8(59), 3159-3164.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Taylor, S.E., y Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.

- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M., y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Tekkis, P.P., Cornish, J.A., Remzi, F.H., Tilney, H.S., Strong, S.A., Church, J.M., Lavery, I.C., y Fazio, V.W. (2009). Measuring sexual and urinary outcomes in women after rectal cancer excision. *Diseases of the Colon & Rectum*, 52(1), 46-54. doi: 10.1007/DCR.0b013e318197551e
- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A., y Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal Medicine*, 363(8), 733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
- Thaysen, H.V., Jess, P., Laurberg, S., y Groenvold, M. (2012). Validation of the Danish version of the disease specific instrument EORTC QLQ-CR38 to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10,150. doi: 10.1186/1477-7525-10-150
- Thomas, S.F., Glynne, J.R., Chait, I., y Marks, D.H. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-Oncology*, 6(3), 190-196.
- Till, J.E. (1989). Quality of life measurements in cancer treatment. *Cancer*, 57, 189-204.
- Till, J.E. (1992). Quality of life measurements in cancer treatment. *Important Advances in Oncology*, 189-204.
- Tishelman, C., y Sprangers, M.A.G. (1999). Innovations and dilemmas in psychosocial oncology. Contributions from the 10th conference of the European Society for Psychosocial Oncology. *Acta Oncologica*, 38(6), 685-687.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. doi: 10.1007/BF01173478
- Toledo, M., Barreto, M.P., y Ferrero, J. (1993). Calidad de vida en oncología. Una reflexión acerca de las cuestiones básicas conceptuales y metodológicas. *Revista de Oncología*, 16, 347-354.
- Torrance, G.W., y Feeny, D. (1989). Utilities and quality-adjusted life years. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 5(4), 559-575. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462300008461>
- Trentham-Dietz, A., Remington, P.L., Moinpour, C.M., Hampton, J.M., Sapp, A.L., y Newcomb, P.A. (2003). Health-Related Quality of Life in Female Long-Term Colorectal Cancer Survivors. *The Oncologist*, 8(4), 342-349. doi: 10.1634/theoncologist.8-4-342

- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., Yasuda, N., Shibusawa, M., y Kusano, M. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *International Journal of Clinical Oncology*, 10(6), 411-417. doi: 10.1007/s10147-005-0524-7
- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., Tsunoda, Y., y Kusano, M. (2007). Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery. *Acta Oncologica*, 46(1), 77-82. doi: 10.1080/02841860600847053
- Van Holten-Verzantvoort, A.T., Zwinderman, A.H., Aaronson, N.K., Hermans, J., van Emmerik, B., van Dam, F.S., van den Bos, B., Bijvoet, O.L., y Cleton, F.J. (1991). The effect of supportive pamidronate treatment on aspects of quality of life of patients with advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 27(5), 544-549. doi:10.1016/0277-5379(91)90212-V
- Vázquez, A.J., Jiménez, R., y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad, y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Veldhuyzen van Zanten, S.J. (1991). Quality of life as outcome measures in randomized clinical trials. An overview of three general medical journals. *Controlled Clinical Trials*, 12 (suplemento 4), 234-242. doi:10.1016/S0197-2456(05)80027-3
- Velikova, G., Stark, D., y Selby, P. (1999). Quality of life measurements in oncology. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1571-1580
- Ward, S., Heindrich, S., y Wolberg, W. (1989). Factors women take into account when deciding upon type of surgery for breast cancer. *Cancer Nursing*, 12(6), 344-351. doi: 10.1097/00002820-198912000-00006
- Ward, W.L., Hahn, E.A., Mo, F., Hernández, L., Tulsy, D.S., y Cella, D. (1999). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Quality of Life Research*, 8(3), 181-195. doi: 10.1023/A:1008821826499
- Ware, J.E. (1984). Methodology in behavioural and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53(suplemento 10), 2316-2326.
- Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

- Watson, M., Greer, S., Blake, S., y Shrapnell, K. (1984). Reactions to diagnosis of breast cancer relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53(9), 2008-2012. doi: 10.1002/1097-0142(19840501)53:9<2008::AID-CNCR2820530934>3.0.CO;2-B
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.
doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002026>
- Watson, M., Greer, S., y Bliss, J.M. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale Users' Manual*. United Kingdom: The Institute of Cancer Research, Surrey.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J.M., y Tunmore, R. (1991) Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 51-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700014641>
- Watson, M., y Greer, S. (1998). *Personality and coping*. En Holland (Ed.). *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press. 91-98.
- Watson, M., y Homewood, J. (2008). Mental adjustment to cancer scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1146-1151.
doi: 10.1002/pon.1345
- Webster, K., Cella, D., y Yost, K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Outcomes*, 1-79.
- Weerakoon, P. (2001). Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*, 19(2), 121-129.
- Weisman, A.D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *The American Journal of the Medical Sciences*, 271(2), 187-196.
- Weisman, A.D., y Worden, J.W. (1977). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15.
<http://dx.doi.org/10.2190/UQ2G-UGV1-3PPC-6387>
- Weisman, A.D. (1979). *Coping and Cancer*. New York. McGraw-Hill Book Company.
- Weisman, A.D. (1984). *The Coping Capacity. One the Nature of Being Mortal*. New York: Human Sciences Press.
- Whistance, R.N., Conroy, T., Chie, W., Costantini, A., Sezer, O., Koller, M., Johnson, C.D., Pilkington, S.A., Arraras, J., Ben-Josef, E., Pullyblank, A.M., Fayers, P., Blazeby, J.M.; European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. (2009). Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer*, 45(17), 3017-3026. doi: 10.1016/j.ejca.2009.08.014

- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the world health organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159. doi: 10.1007/BF00435734
- WHOQOL Group (1995). La evaluación sobre la Calidad de Vida, Organización Mundial de la Salud (WHOQOL): sinopsis de la Organización Mundial de la Salud. *Ciencias Sociales y Medicina*, 41:1403-1409.
- Whynes, D., y Neilson, A. (1997). Symptoms before and after surgery for colorectal cancer. *Quality of Life Research*, 6(1), 61-66. doi: 10.1023/A:1026469512578
- Wiener, M., Carpenter, B., y Carpenter, J.T. (1956). Determination of defense mechanism for conflict areas from verbal material. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 20(3), 215-219. <http://dx.doi.org/10.1037/h0043089>
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., y Fields, K.K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 873-882. doi: 10.1097/00006842-200011000-00018
- Williams, N.S., y Johnston, D. (1983). The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 70(8), 460-462. doi: 10.1002/bjs.1800700805
- Wilson, T., Alexander, D., y Kind, P. (2006). Measurement of healthrelated quality of life in the early follow-up of colon and rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(11), 1692-1702. doi: 10.1007/s10350-006-0709-9
- Wing, J.K., Cooper, J.E., y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: Cambridge University Press.
- Wirsching, M., Druner, H.U., y Hermann, G. (1975). Results of psychological adjustments to long-term colostomy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(5), 245-256.
- World Organization of Family Doctors, (1988). *Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts*.
- Yabroff, R., Linas, B., y Schulman, K. (1996). Evaluation of quality of life for diverse patient populations. *Breast Cancer Research and Treatment*, 40(1), 87-104. doi: 10.1007/BF01806005
- Yost, K.J., Hahn, E.A., Zaslavsky, A.M., Ayanian, J.Z., y West, D.W. (2008). Predictors of health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health Qual Life Outcomes*, 25, 6-66. doi: 10.1186/1477-7525-6-66
- Young, T., y Maher, J. (1999). Collecting quality of life data in EORTC clinical trials—what happens in practice? *Psycho-Oncology*, 8(3), 260-263.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:13.3.CO;2-Y

- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zubrod, C.G., Scheneidermann, M., Frei, E., Brindley, C., Gold, G.L., Shnider, B., Oviedo, R., Gorman, J., Jones, R., Jonsson, U., Colsky, J., Chalmers, T., Ferguson, B., Dederick, M., Holland, J., Selawry, O., Regelson, W., Lasagna, L., y Owens, A.H. (1960). Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramidate. *J Chron Dis*, 11(1),7-33.
- Zuckerman, M., Lubin, B., Vogel, L., y Valerius, E. (1964). Measurement of experimentally induced affects. *Journal of Consulting Psychology*, 28(5), 418-425.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0045367>
- Zuckerman, M., y Luben, B. (1965). Normative data for the Multiple Affect Adjective Check List. *Psychological Reports*, 16, 438. doi: 10.2466/pr0.1965.16.2.438

ANEXOS

**Servicio Oncología Médica
Hospital Universitario "La Fe"**

**FECHA:
N°H.C:**

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
TELÉFONO:	POBLACIÓN:

EDAD:

SEXO: 1. HOMBRE
2. MUJER

ESTADO CIVIL: 1. CASADO/A
2. VIUDO/A
3. DIVORCIADO/A
4. SOLTERO/A

SITUACIÓN LABORAL: 1. ACTIVO/A
2. EN PARO

3. JUBILADO/A
4. AMA DE CASA
5. ESTUDIANTE

VIVIENDA : 1. SOLO
2. CON MARIDO/MUJER
3. CON FAMILIA/HIJOS.

NIVEL DE ESTUDIOS: 1. SIN ESTUDIOS.
2. ESTUDIOS PRIMARIOS
3. ESTUDIOS SECUNDARIOS
4. UNIVERSITARIOS

**HISTORIA FAMILIAR
CANCER COLORECTAL:**
1. SI
2. NO

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS: 1. SI 2. NO últimos 5 años 10 años anteriores

DIAGNÓSTICO: 1. Ansiedad 2. Depresión 3. Trastorno Adaptativo 4. Estrés 5. Fobia 6. Duelo

DURACIÓN: 1. Menos de un año 2. Más de un año 3. Más de 2 años 4. Más de 5 años.

TRATAMIENTO: 1. SI 2. NO

ACUDIO AL ESPECIALISTA: 1. SI 2. NO ¿QUE PROFESIONAL?

INDICE DE KARNOFSKY	
Actividad normal, sin síntomas de enfermedad	100
Actividad normal, con ligeros síntomas de enfermedad	90
Actividad normal mantenida con dificultad	80
Autonomía, pero sin actividad normal.	70
Autonomía, ocasionalmente necesitan ayuda	60
Requiere bastante ayuda y cuidados médicos frecuentes	50
Incapacitado; requiere atención y ayuda médica especiales	40
Totalmente incapacitado, requiere hospitalización	30
Muy enfermo. Necesaria hospitalización y tratamiento activo	20
Moribundo	10
Muerte	0

OSTOMIA: 1. SI
2. NO

TRATAMIENTO:
1. NINGUNO
2. QT
3. QT Y RT

HADS

Este cuestionario nos sirve para saber como se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió usted durante la **SEMANA PASADA**. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabaja deprimido sus respuestas se ajustarán mucho más a como se sintió la **SEMANA PASADA**.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

- La mayor parte del tiempo.
- Muchas veces.
- A veces.
- Nunca.

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

- Como siempre.
- No lo bastante.
- Sólo un poco.
- Nada.

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo terrible me fuera a suceder.

- Totalmente y sí es muy fuerte.
- Sí, pero no es muy fuerte.
- Un poco, pero no me preocupa.
- Nada.

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- Igual que siempre.
- Ahora, no tanto.
- Casi nunca.
- Nunca.

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- La mayor parte del tiempo.
- Con bastante frecuencia.
- A veces.
- Sólo en ocasiones.

6. Me siento alegre.

- Nunca.
- No muy a menudo.
- A veces.
- Casi siempre.

7. Puedo descansar y relajarme.

- Sí, no tengo ningún problema al respecto.
- Por lo general.
- No muy a menudo.
- Nunca.

8. Me da la impresión de que me demoro más en hacer las cosas.

- La mayor parte del tiempo.
- Muchas veces.
- A veces.
- Nunca.

9. Me viene una sensación de miedo como, un vacío en el estómago.

- Nunca.
- En ciertas ocasiones.
- Con bastante frecuencia.
- Muy a menudo.

10. He perdido el interés por mi aspecto físico.

- Totalmente.
- No me preocupo tanto como debiera.
- Quizá no me preocupa tanto como debiera.
- Me preocupo igual que siempre.

11. Me siento inquieto/a, como si necesitara estar en continuo movimiento.

- Mucho.
- Bastante.
- No mucho.
- Nada.

12. Me siento optimista respecto a las cosas que están por venir.

- Igual que siempre.
- Menos de lo que acostumbraba.
- Mucho menos de lo que acostumbraba.
- Nada.

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Con muchísima frecuencia.
- Bastante a menudo.
- No muy a menudo.
- Nada.

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- A menudo.
- A veces.
- No muy a menudo.
- Rara vez.

Su estado se debe algún tipo de preocupación o temor diferente de la enfermedad:

SI NO

Cite el tipo de problema: _____

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

(Rosenberg)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a Ud. y a su forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elija, por favor, aquella con la que esté sinceramente de acuerdo y rodéela con un círculo.

1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.
 1. estoy muy de acuerdo
 2. estoy de acuerdo
 3. no estoy de acuerdo
 4. estoy muy en desacuerdo

2. Creo tener varias cualidades buenas
 1. estoy muy de acuerdo
 2. estoy de acuerdo
 3. no estoy de acuerdo
 4. estoy muy en desacuerdo

3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.
 1. estoy muy de acuerdo
 2. estoy de acuerdo
 3. no estoy de acuerdo
 4. estoy muy en desacuerdo

4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.
 1. estoy muy de acuerdo
 2. estoy de acuerdo
 3. no estoy de acuerdo
 4. estoy muy en desacuerdo

5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.
 1. estoy muy de acuerdo
 2. estoy de acuerdo
 3. no estoy de acuerdo
 4. estoy muy en desacuerdo

POR FAVOR, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

9. A veces me siento realmente inútil.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. no estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

10. A veces pienso que no sirvo para nada.

1. estoy muy de acuerdo
2. estoy de acuerdo
3. estoy de acuerdo
4. estoy muy en desacuerdo

**EORTC QLQ-C30 (versión 3)**

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

EORTC QLQ-CR38

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Orinó con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
2. ¿Orinó con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
3. ¿Tuvo dolor al orinar?	1	2	3	4
4. ¿Tuvo una sensación de hinchazón en la barriga o en el estómago?	1	2	3	4
5. ¿Tuvo dolor de barriga o de estómago?	1	2	3	4
6. ¿Tuvo dolor en las nalgas (el trasero)?	1	2	3	4
7. ¿Tuvo molestias por problemas de gases (flatulencia)?	1	2	3	4
8. ¿Eructó (soltar aire por la boca)?	1	2	3	4
9. ¿Perdió peso?	1	2	3	4
10. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
11. ¿Notó si su cabello se ha vuelto más fino o si se le ha desvitalizado debido a su enfermedad o a su tratamiento?	1	2	3	4
12. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
13. ¿Se sintió menos atractivo/a físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
14. ¿Se sintió menos varonil/femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15. ¿Se sintió desilusionado/a con su cuerpo?	1	2	3	4
16. ¿Estuvo preocupado/a por su salud en el futuro?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Hasta qué punto estuvo interesado/a en el sexo?	1	2	3	4
18. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa (con o sin coito)?	1	2	3	4
19. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

sólo para varones:

20. ¿Le costó alcanzar o mantener la erección?	1	2	3	4
21. ¿Tuvo algún problema con la eyaculación (por ejemplo, una eyaculación sin la emisión de esperma)?	1	2	3	4

sólo para mujeres que realizaron el coito:

22. ¿Tuvo la vagina seca durante el coito?	1	2	3	4
23. ¿Tuvo dolor durante el coito?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

24. ¿Lleva Vd. una bolsa de colostomía? No --> Conteste, por favor, las preguntas 25 a 31
 (Por favor, rodee con un círculo el "Sí" o el "No") Sí --> Por favor, salte las preguntas 25 a 31 y conteste las preguntas 32 a 38

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
<u>sólo para pacientes sin bolsa de colostomía:</u>				
25. ¿Fue de vientre con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
26. ¿Fue de vientre con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
27. ¿Alguna vez tuvo ganas de ir de vientre, pero sin llegar a evacuar?	1	2	3	4
28. ¿Alguna vez evacuó sin querer?	1	2	3	4
29. ¿Hubo sangre en las heces?	1	2	3	4
30. ¿Tuvo alguna dificultad al ir de vientre?	1	2	3	4
31. ¿Tuvo dolor al ir de vientre?	1	2	3	4

<u>sólo para pacientes con bolsa de colostomía:</u>				
32. ¿Tuvo miedo que la gente pudiera oír su bolsa?	1	2	3	4
33. ¿Tuvo miedo que la gente pudiera sentir el olor de las heces?	1	2	3	4
34. ¿Le preocupó que la bolsa pudiese perder?	1	2	3	4
35. ¿Tuvo problemas con el cuidado de su bolsa?	1	2	3	4
36. ¿Se le irritó la piel alrededor de su bolsa?	1	2	3	4
37. ¿Sintió vergüenza a causa de su bolsa?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo la sensación de que le faltase algo como persona a causa de su bolsa?	1	2	3	4

M.A.C
Watson y Greer (1988)

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase.

	Seguro que no	Creo que no	Creo que si	Seguro que si
1 He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo cambiar la dieta).....	1	2	3	4
2 Creo que no puedo hacer nada para animarme.....	1	2	3	4
3 Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.....	1	2	3	4
4 Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.....	1	2	3	4
5 No le doy vueltas a la cabeza sobre mi enfermedad.....	1	2	3	4
6 Creo firmemente que mejoraré.....	1	2	3	4
7 Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.....	1	2	3	4
8 Dejo todo en manos de mis médicos.....	1	2	3	4
9 Siento que en la vida no me queda esperanza.....	1	2	3	4
10 He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo ejercicio físico).....	1	2	3	4
11 Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.....	1	2	3	4
12 Será lo que Dios quiera.....	1	2	3	4
13 Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo).....	1	2	3	4
14 Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo.....	1	2	3	4
15 He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento.....	1	2	3	4
16 Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.....	1	2	3	4
17 Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.....	1	2	3	4
18 Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.....	1	2	3	4

	Seguro que no	Creo que no	Creo que si	Seguro que si
19 Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.....	1	2	3	4
20 Estoy decidido a ponerlo todo por detrás de mi mismo.....	1	2	3	4
21 Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.....	1	2	3	4
22 Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad..	1	2	3	4
23 No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.....	1	2	3	4
24 De momento procuro vivir día a día.....	1	2	3	4
25 Me siento como si me hubiera rendido.....	1	2	3	4
26 Trato de tomármelo con sentido del humor.....	1	2	3	4
27 Hay gente que se preocupa por mí más que yo mismo.....	1	2	3	4
28 Pienso en otras personas que están peor que yo.....	1	2	3	4
29 Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
30 Creo que no puedo controlar lo que sucede.....	1	2	3	4
31 Trato de tener una actitud muy positiva.....	1	2	3	4
32 Estoy tan ocupado que no tengo tiempo para pensar en mi enfermedad.....	1	2	3	4
33 Evito informarme sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
34 Veo mi enfermedad como un reto.....	1	2	3	4
35 Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.....	1	2	3	4
36 Me siento totalmente desorientado sobre lo que he de hacer.....	1	2	3	4
37 Estoy muy enfadado sobre lo que me ha pasado....	1	2	3	4
38 En realidad, yo no creo que tenga esa enfermedad.....	1	2	3	4
39 Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.....	1	2	3	4
40 Intento luchar contra la enfermedad.....	1	2	3	4

CÁNCER COLORRECTAL

Historia Clínica _____ Edad _____ Hombre 1 Mujer 2

LOCALIZACIÓN:

1. Colon (Colon derecho, Colon transverso, Colon izquierdo, Sigma)
2. Recto

ESTADIFICACIÓN:

0. ESTADIO I

1. ESTADIO II (T2N0M0, T3N0M0, T4N0M0)
2. ESTADIO III (T2N1M0, T3N1M0, T4N1M0, T2N2M0, T3N2M0, T4N2M0)

CIRUGÍA:

1. NO OSTOMÍA: Hemicolectomía, Resección segmentaria, Colectomía total, Resección anterior)
2. OSTOMÍA: Amputación A-P Miles

TRATAMIENTO:

1. NINGUNO
2. RT
3. QT
4. QT y RT
5. QT Y RT NEOADYUVANTE

QUIMIOTERAPIA:

FECHA INICIO ___/___/___ FECHA FIN ___/___/___

Semanas _____

Ciclos Recibidos/ Ciclos previstos _____/_____

Retrasos 1.NO 2.SI (1 Retraso 7 días) N°Retrasos _____

Reducción dosis: 100% _____ 75% _____ 50% _____ 25% _____

Suspensión prematura de la dosis 1. No 2. Si

RADIOTERAPIA:

1. NO
2. SI

Fechas: ___/___ a ___/___

Preoperatoria: 1 Postoperatoria 2 Ambas 3

Dosis total _____ cGy

Toxicidad _____

Secuelas _____

EVOLUCIÓN:

RECIDIVA 1. NO 2. SI

R.Local Fecha ___/___/___

R.Sistémica Fecha ___/___/___

Órganos afectados: 1.No 2.Si

Hígado _____ Pulmón _____ Peritoneo _____ Ganglios _____

