

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y MALESTAR EMOCIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Gema Costa¹ y Rafael Ballester²

¹ Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme, Mataró (Barcelona)

² Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universidad Jaume I, Castellón.

Resumen

Varios estudios han descrito una serie de factores socio-demográficos y clínicos como predictores o correlacionados con la respuesta adaptativa al tratamiento oncológico. Los hallazgos varían entre los diferentes estudios por las características escogidas para analizar. En este sentido, algunas variables emergen como moduladoras de la respuesta adaptativa al cáncer: edad, género, nivel educativo, estado marital, tiempo desde el diagnóstico, localización del tumor, efectos secundarios del cáncer o del tratamiento, tipo de tratamiento oncológico. Dos medidas son utilizadas, el índice de calidad de vida y malestar emocional, para evaluar las diferentes características de la muestra relacionadas con el tratamiento oncológico. Otras variables, estilo de afrontamiento y apoyo social, deben ser consideradas como factores mediadores que pueden exacerbar o aminorar el bienestar del paciente.

En esta revisión teórica se han resaltado determinados aspectos que ayudan a identificar características asociadas a la respuesta adaptativa al cáncer.

Palabras clave: Características socio-demográficas, tratamiento del cáncer, calidad de vida, malestar emocional.

Abstract

Several studies have examined a range of clinical and socio-demographics factors as predictors or correlates of adjustment to cancer treatment. Findings varied across different studies by which characteristics were chosen to be examined. In spite of these issues, some factors emerged like modulators to the adjustment to cancer; age, gender, educational level, marital status, length of time since diagnosis, localized of tumor, late effects of cancer and/or its treatment, type of oncology treatment. Two measures are used, quality of life and distress, to assess the different sample characteristics related to cancer treatment. Other variables, coping styles and social support, have to be considered such as mediating factors which may exacerbate or ameliorate the patient's well-being.

Particular areas have been highlighted in this literature review, initial theory research identified characteristics associated with adjustment to cancer.

Key words: Socio-demographic characteristics, cancer treatment, quality of life, distress.

Correspondencia:

Gema Costa Requena
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Mataró
Ctr. de Cirera s/n 08304-Mataró. Barcelona
E-mail: gcosta@csdm.cat

Marco Polo describe un puente piedra por piedra.
–¿Pero cuál es la piedra que sostiene el puente?– pregunta Kublai Khan.
–El puente no está sostenido por esta piedra o por aquella– responde Marco–, sino por la línea
del arco que ellas forman.
Kublai Khan permanece silencioso, reflexionando. Después añade:
–¿Por qué me hablas de las piedras? Lo único que me importa es el arco.
Polo responde:
–Sin piedras no hay arco.

Las Ciudades Invisibles, p. 65, I. Calvino, 1999

La adaptación al diagnóstico y tratamiento del cáncer, no es el resultado último del afrontamiento de la enfermedad, sino que ocurre a través del tiempo y se manifiesta de forma multidimensional. Actualmente se utiliza la expresión “respuesta adaptativa al cáncer” como un concepto integrador, caracterizado por un activo proceso psicosocial que realiza la persona en sentido positivo, como crecimiento personal, o en sentido opuesto como trastorno emocional. La respuesta adaptativa al cáncer se enmarca en un modelo psico-social que enfatiza el contexto social de la experiencia personal ante la enfermedad oncológica⁽¹⁾. Al medir la respuesta adaptativa al cáncer los instrumentos que evalúan calidad de vida parecen ser los más sensibles al cambio que manifiesta el paciente. El objetivo de este estudio es hacer una breve revisión de algunas de las características socio-demográficas y clínicas que influyen en la manifestación de la respuesta adaptativa al cáncer durante el tratamiento oncológico, se evalúa la respuesta adaptativa con los índices de calidad de vida y malestar emocional del paciente. Algunas variables socio-demográficas consideradas son la edad, género, nivel educativo, y estado marital; otras características clínicas del cáncer, son el tiempo desde el diagnóstico, localización del tumor o sintomatología física asociada, que también pueden mediar sobre la respuesta del paciente durante el tratamiento oncológico.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida, o más concretamente, calidad de vida relacionado con la salud, está referido a una valoración subjetiva sobre la salud, que varía con el tiempo, y que viene condicionada por los factores socio-demográficos y clínicos que caracterizan al paciente y su enfermedad en un momento determinado.

Al considerar las variables socio-demográficas, en lo referente a la edad, en pacientes con leucemia linfocitaria crónica aparece una correlación en sentido negativo entre edad y calidad de vida, mostrando las personas mayores peor puntuación en la dimensión física, rol funcional y calidad de vida global⁽²⁾. Resultados semejantes también se registran en pacientes con tumor de tiroides⁽³⁾. En pacientes mayores de 70 años con tumores neuroendocrinos muestran limitaciones en el rol funcional y dimensión física de la calidad de vida comparados con los pacientes de menor edad⁽⁴⁾. Por el contrario, en una muestra de pacientes con localización del tumor en el colón, pulmón, mama y cabeza y cuello, la edad se relaciona en sentido positivo con bienestar físico, emocional y funcional de la calidad de vida⁽⁵⁾. En mujeres con cáncer de mama menores de 50 años, las variaciones de edad dentro del grupo no muestran relación significativa con la calidad de vida⁽⁶⁾, mientras que al realizar subgrupos de edad, la calidad de

vida aparece más dañada en el subgrupo de mujeres entre 40 -50 años comparado con el subgrupo de mujeres menores de 40 años⁽⁷⁾. Así mismo al comparar dos grupos de mujeres con cáncer de mama, un grupo de 40 a 64 años y otro de más de 65 años de edad, durante el tratamiento oncológico el grupo de pacientes más jóvenes presentan mejores puntuaciones globales en calidad de vida comparado con el grupo de más edad⁽⁸⁾. Ante esta contrariedad de resultados, es interesante tener en cuenta la diferenciación entre dimensiones de calidad de vida. En este sentido según algunos estudios⁽⁹⁾, las mujeres con cáncer de mama de menor edad muestran una peor evaluación en la dimensión emocional, y no en la dimensión física o funcional. Mención especial hay que hacer al referirse al concepto de calidad de vida en pacientes oncológicos de más de 65 años, en este sentido la edad no se valora sólo en su acepción cronológica, sino con la consideración de factores fisiológicos, cognitivos, funcionales y emocionales que le acompañan, y que en su conjunto determinan de forma interdisciplinar la decisión sobre el plan de tratamiento a seguir para que interfiera lo menos posible en el estado de bienestar del paciente⁽¹⁰⁾.

Al estudiar otras variables socio-demográficas, como diferencias de género en calidad de vida, tampoco encontramos un acuerdo entre los diferentes estudios. Así, las mujeres con leucemia linfocitaria crónica obtienen peores puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida global, funcionamiento físico y emocional⁽²⁾. En cambio, en tumores neuroendocrinos no aparecen diferencias en calidad de vida según el género⁽⁴⁾. Sin embargo, en una muestra heterogénea de pacientes con cáncer de mama, pulmón, cáncer de colon y, cáncer de cabeza y cuello, las mujeres informan de mayor bienestar funcional durante el tratamiento oncológico que los hombres⁽⁵⁾. En pacientes con cáncer de

tiroides, los hombres aparecen más severamente afectados en calidad de vida durante el tratamiento en las dimensiones de funcionamiento físico, dolor corporal y rol emocional⁽³⁾. También, tienen más riesgo de padecer peor calidad de vida los hombres con cáncer de cabeza y cuello que las mujeres con este tipo de tumor⁽¹¹⁾. Quizás, si se profundizara en las discrepancias de resultados según el género, habría que considerar la localización del tumor como una variable que media en la manifestación de los valores de la calidad de vida.

Por otra parte, el grado de formación académica parece tener una acción más clara que las anteriores variables sobre calidad de vida. Así, el bajo nivel educativo predice peor calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello⁽¹¹⁾. Al diferenciar dimensiones de calidad de vida, el tener menos años de formación educativa se ha asociado con mayor malestar emocional en mujeres con cáncer de mama⁽¹²⁾ y pacientes con cáncer de próstata⁽¹³⁾. La dimensión de funcionamiento físico en la calidad de vida, parece menos afectada en pacientes con tumores neuroendocrinos, si tienen más de 16 años de formación educativa en comparación con los pacientes de menor nivel de estudios⁽⁴⁾.

Respecto a la influencia del estado marital sobre la calidad de vida durante el tratamiento oncológico, ésta no ofrece resultados definitivos. Las mujeres con cáncer de mama casadas al compararlas con el grupo de no casadas obtienen peores niveles en los índices generales de calidad de vida⁽⁷⁾. En cambio, en tumores neuroendocrinos no aparecen diferencias en calidad de vida según el estado marital del paciente⁽⁴⁾. Teniendo en cuenta no sólo la calidad de vida sino la supervivencia oncológica, el estar casado en los hombres muestra relaciones positivas con la supervivencia, entendiéndose que el estado marital es propiciador de conductas saludables en los hombres⁽¹⁴⁾.

Si consideramos las variables de tipo clínico, en lo que respecta a la relación entre tiempo desde el diagnóstico y calidad de vida tampoco las aportaciones son concluyentes. En algunos estudios, el tiempo desde el diagnóstico no se relaciona con mejores puntuaciones en calidad de vida en mujeres con cáncer de mama^(6,9). En otros, la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama mejora cuanto más tiempo ha pasado desde el diagnóstico⁽⁷⁾, o desde que finalizó el tratamiento⁽⁸⁾. Esto mismo ocurre en pacientes con tumor de cabeza y cuello: 12 meses después del diagnóstico aparecen mejorías en calidad de vida para las dimensiones de rol físico, dolor corporal, y funcionamiento social⁽¹⁵⁾. También en pacientes con cáncer de tiroides aparecen correlaciones positivas entre tiempo desde el diagnóstico y mejoría en calidad de vida⁽³⁾. Aunque no son resultados concluyentes, en la mayoría de estudios el tiempo desde el diagnóstico aporta una mejoría en la calidad de vida del paciente.

La localización del tumor es una variable considerada como factor predictor en la manifestación de los índices de calidad de vida, si bien la complejidad que supone el recoger una muestra heterogénea y de tamaño suficiente para realizar una comparación en niveles de calidad de vida según la localización del tumor, reduce la existencia de estudios con resultados concluyentes. Los pacientes con cáncer de pulmón son los que muestran niveles más bajos en la dimensión funcional comparado con los diagnósticos de cáncer de colon, mama e incluso cáncer de cabeza y cuello⁽⁵⁾. Si consideramos dentro de cada tumor el tipo de sintomatología física que le caracteriza, la interferencia con la calidad de vida del paciente también varía. En pacientes con leucemia linfocitaria crónica los síntomas que dañan la calidad de vida general son la fatiga, seguido de náuseas y vómitos, pérdida de apetito y estreñimien-

to⁽²⁾. Por otra parte, en mujeres jóvenes menores de 50 años con cáncer de mama, los síntomas más prevalentes eran sofocos, dificultades en el control del esfínter urinario, y dolor en las relaciones sexuales⁽⁶⁾. Otra variable clínica a tener en cuenta es el tipo de tratamiento oncológico. En pacientes con tumor de cabeza y cuello, la quimioterapia ha sido asociada con peores puntuaciones en las dimensiones físicas de calidad de vida (escalas de funcionamiento físico, rol físico y dolor corporal). Así mismo en estos pacientes, la radioterapia afecta a las dimensiones físicas relacionadas con la alimentación por la presencia de efectos secundarios típicos, como la xerostomía⁽¹⁵⁾. La precariedad del bienestar físico en pacientes con cáncer de mama tras finalizar la quimioterapia es significativa al compararlo con los valores de calidad de vida del pre-tratamiento^(9,7). La neutropenia, otro efecto secundario característico del tratamiento con quimioterapia, produce un declive en la calidad de vida del paciente que alcanza niveles significativos en la dimensión de dolor corporal⁽¹⁶⁾.

Como se puede apreciar la pluralidad de resultados que aparecen sobre la influencia de las características socio-demográficas y clínicas en la manifestación de los niveles de calidad de vida, nos advierte de la complejidad que supone la definición de una respuesta adaptativa al cáncer. El estudiar las características clínicas de la enfermedad, y variables psico-sociales del paciente aisladamente no resulta clarificador, parece pertinente que sea la integración del conjunto de estas variables en cada paciente la que ofrezca una visión personalizada del tratamiento del cáncer, y ayude a entender la respuesta que ofrece el paciente ante el tratamiento oncológico.

Malestar emocional

Una respuesta no adaptativa al cáncer viene muchas veces denotada por la pre-

sencia de morbilidad psicopatológica. Así, un alto número de estudios en psico-oncología se han dedicado a evaluar el porcentaje de trastorno o sintomatología ansioso-depresiva en pacientes oncológicos, que vendría a ser un extremo en la dimensión emocional de calidad de vida. Haremos referencia en este apartado a los estudios que evalúan malestar emocional durante el tratamiento oncológico, evaluado con la dimensión emocional de la calidad de vida, o malestar emocional evaluado con instrumentos de cribado específicos para discriminar sintomatología de ansiedad y depresión clínicamente significativa.

El malestar emocional, traducido del vocablo inglés *distress*, se refiere a un continuo de síntomas de ansiedad y depresión que varían en severidad y pueden llegar a manifestar criterios de significación clínica, u orientación diagnóstica de trastorno mental⁽¹⁷⁾. Algunos estudios señalan una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa (17-23%) que depresiva (3-9%) en pacientes oncológicos no hospitalizados^(12,18). Los tipos de trastornos de ansiedad más frecuentes en pacientes oncológicos, sin considerar los trastornos adaptativos con ansiedad, son la fobia específica, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico⁽¹⁹⁾.

Al revisar las características socio-demográficas o clínicas asociadas al malestar emocional del paciente oncológico observamos que respecto al género, destaca la mayor presencia de malestar emocional en las mujeres que en los hombres^(17,20). Además en ellas prevalece más la sintomatología ansiosa⁽¹⁹⁾. En otros estudios al evaluar malestar emocional como dimensión de calidad de vida no aparecen diferencias de género en una muestra heterogénea respecto a la localización del tumor⁽⁵⁾, y tampoco aparecen diferencias de género con pruebas de cribado específicas para evaluar malestar emocional (BSI, *Brief Symptom Inventory*)⁽²¹⁾.

Respecto a la influencia de la edad, en un meta-análisis de estudios publicados entre los años 1980 y 1994, los autores señalan la prevalencia de trastorno mental en pacientes oncológicos entre el 0% y el 46%, siendo mayor el malestar emocional en pacientes oncológicos jóvenes (media de edad menor de 50 años) que en pacientes de más edad (media de edad mayor de 50 años)⁽²²⁾. Específicamente durante el tratamiento, la edad también correlaciona en sentido negativo con malestar emocional en pacientes con melanoma⁽²⁰⁾, y cáncer de mama^(9,13,23,24). En una muestra heterogénea respecto a la localización del tumor, el malestar emocional era mayor en las personas jóvenes. Sin embargo el nivel de malestar decrecía hasta la edad de 80 años en que volvía a incrementar⁽²¹⁾. Sin embargo, utilizando un cuestionario de cribado específico para el malestar emocional (HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), la mayor proporción de malestar emocional en pacientes oncológicos se sitúa entre el rango de edad de los 50 a 65 años en una proporción del 51%, frente al 37% de malestar emocional en el grupo de edad mayor de 65 años, o el 28% para el grupo menor de 50 años⁽¹⁷⁾.

De las variables socio-demográficas el estado marital parece una de las que puede modular el nivel de malestar emocional, si actúa como proveedor de apoyo social durante el tratamiento oncológico. En mujeres con cáncer de mama, tener pareja en el momento del tratamiento contribuye a un mayor bienestar emocional a largo plazo⁽²³⁾. Igualmente en otro estudio las mujeres con cáncer de mama no casadas son las que presentan más malestar emocional durante el tratamiento⁽⁹⁾, manifestado de forma prevalente con sintomatología depresiva^(12,25). Asimismo, en pacientes con tumor de cabeza y cuello, el vivir sólo era predictor del diagnóstico de trastorno mental, trastorno adaptativo o depresión mayor⁽²⁶⁾. En general, el estado marital ha

sido una variable estudiada como determinante en la percepción del apoyo social recibido, y que ayuda a reducir la presencia de malestar emocional en el paciente oncológico.

Considerando como variable clínica el tiempo desde el inicio del tratamiento, algunos estudios señalan una mejoría en el estado de ánimo de los pacientes conforme evoluciona el tratamiento^(23,27). En otras investigaciones se apunta a que durante el curso de la enfermedad se reduce los síntomas de ansiedad, mientras la sintomatología depresiva no muestra cambios significativos^(22,24), o se incrementa en el post-tratamiento⁽⁹⁾.

También en las características clínicas de la enfermedad, el estadio del tumor es una variable a considerar influyente en el malestar emocional. En pacientes con tumor de cabeza y cuello, el estadio avanzado de la enfermedad era un significativo predictor de malestar emocional⁽²⁶⁾, mientras en pacientes con cáncer de mama el estadio de la enfermedad no aparece asociado al malestar emocional. Así, al comparar un grupo de pacientes con cáncer de mama en estadio inicial frente a otro grupo con metástasis, no muestran diferencias significativas en la prevalencia de malestar emocional con un porcentaje en trastorno mental del 45% y 42%, respectivamente⁽²⁴⁾. En otros estudios se señalan otros factores médicos, no tanto el estadio de la enfermedad, como determinantes del malestar emocional. Así, destacan como predictores en pacientes con cáncer de ovario la presencia de dolor persistente en las últimas dos semanas, y deterioro en la dimensión de funcionamiento físico de la escala de calidad de vida⁽²⁸⁾. Otro síntoma asociado al deterioro funcional en la calidad de vida del paciente oncológico es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, aunque en sí mismo también puede ser entendido como característico de la ansiedad o malestar emocional⁽²⁰⁾. A

ello añadimos las poco mencionadas disfunciones sexuales, que suelen afectar al 30%-90% de pacientes dependiendo de la localización del tumor y tipo de tratamiento realizado, y ocasionan el consecuente deterioro en el bienestar emocional^(29,30).

La localización del tumor con la sintomatología física asociada condiciona el malestar emocional del paciente durante el tratamiento oncológico. En este sentido, los niveles de malestar emocional en pacientes con cáncer de pulmón son significativamente más elevados al compararlos con pacientes con tumor de mama o colon, pero semejante a los que se presentan en pacientes con cáncer de páncreas, hígado o, cabeza y cuello⁽²¹⁾. Las altas tasas de suicidio aparecen más frecuentemente asociadas a pacientes con tumor de cabeza y cuello⁽³¹⁾, y se manifiestan con ideación suicida en el 17% de pacientes con cáncer de páncreas⁽³⁰⁾.

Respecto al tipo de tratamiento, en pacientes con cáncer de mama aunque el haber realizado quimioterapia se ha asociado de forma significativa con pobre vitalidad y bajo funcionamiento social en las dimensiones de calidad vida, no se ha relacionado con peores puntuaciones en la dimensión emocional de calidad de vida al compararlo con las puntuaciones de la población general⁽⁹⁾. Tampoco en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, la quimioterapia se asocia con peores puntuaciones en las dimensiones emocionales de calidad de vida aunque sí lo hace en las dimensiones físicas⁽¹⁵⁾. Por el contrario, en una muestra heterogénea de pacientes con melanoma y cáncer de mama, al comparar malestar emocional según el tipo de tratamiento recibido (sólo cirugía o quimioterapia) los resultados fueron significativamente negativos en los pacientes que recibieron quimioterapia⁽²⁰⁾. El realizar radioterapia en mujeres con cáncer de mama se asocia a una menor probabilidad de sintomatología depresiva al finalizar el

tratamiento, comparado con las mujeres que reciben quimioterapia, tratamiento hormonal o cirugía⁽²⁵⁾.

Finalmente, el deterioro funcional y social del paciente, la comorbilidad de síntomas asociados a la enfermedad o tratamiento, o la propia percepción del paciente de tener un pobre estado de salud, se relaciona de forma significativa con la prevalencia de malestar emocional⁽¹⁷⁾. Así, en mujeres con cáncer de mama los bajos índices en calidad de vida durante el tratamiento ayudaron a predecir sintomatología depresiva 18 meses después del diagnóstico⁽²⁵⁾. Por otra parte, en un estudio longitudinal de pacientes con cáncer de mama es la sintomatología depresiva la que ayuda a explicar de forma significativa los índices de calidad de vida durante el tratamiento⁽²⁷⁾, de modo que ambas variables aparecen mutuamente implicadas.

La dispersión de resultados sobre la influencia de las variables socio-demográficas y clínicas en el malestar emocional del paciente, limita la extracción de conclusiones. Quizá todo ello haga resaltar la importancia de las variables mediadoras durante el tratamiento oncológico, en este sentido resulta ineludible la consideración de los aspectos cognitivos y afectivos del paciente, no tratados en este estudio de revisión. La consideración exclusiva de variables socio-demográficas y clínicas durante el tratamiento oncológico acota la validez de resultados al referirse a la respuesta adaptativa al cáncer. Por tanto, aunque los estudios revisados señalan la presencia de varios factores socio-demográficos y médicos influyentes en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico, otros factores psicosociales como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, la imagen corporal o las relaciones sexuales aparecen con consistencia relacionados con la respuesta adaptativa al cáncer⁽⁶⁾, incluso en algunos estudios se mencionan rasgos de personalidad como

determinantes de diferencias a largo plazo en calidad de vida⁽²³⁾, o las creencias espirituales como predictores de niveles elevados en calidad de vida⁽⁵⁾. También se ha considerado la relación médico-paciente, en sentido de que una buena relación de trato del paciente con su oncólogo de referencia predice mejores puntuaciones en la dimensión social, funcional y valoración de la calidad de vida global⁽⁵⁾. A continuación presentamos una breve revisión de dos conceptos, estrategias de afrontamiento y apoyo social recibido, y su relación con la respuesta adaptativa al cáncer.

Estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido

Al delimitar los factores que diferencian una respuesta adaptativa a la enfermedad oncológica, el estilo de afrontamiento y el apoyo social percibido pueden funcionar como protectores o favorecer una respuesta favorable durante la enfermedad. Estrategias de afrontamiento caracterizadas por la evitación y aceptación de la enfermedad con resignación, además de un bajo apoyo social percibido, son predictores de una pobre adaptación a la enfermedad oncológica^(20,32). En otros estudios, los estilos de afrontamiento con Desesperanza y Preocupación Ansiosa son los significativamente asociados con morbilidad psicopatológica⁽¹⁸⁾, mientras la dimensión de Espíritu de Lucha se correlaciona con menor malestar emocional⁽³³⁾. A su vez, la edad parece como una variable moduladora del estilo de afrontamiento utilizado por el paciente. La edad muestra relaciones positivas con un estilo de afrontamiento Fatalista y correlaciones negativas con Espíritu de Lucha y Preocupación Ansiosa⁽³⁴⁾, en otro estudio sólo son significativas las correlaciones negativas entre edad y Preocupación Ansiosa⁽³³⁾.

La búsqueda de apoyo social, es el tipo de estilo de afrontamiento más utili-

zado en pacientes con cáncer de mama y melanoma, su carencia es predictora de una pobre calidad de vida percibida⁽²⁰⁾. La edad también aparece en este caso, como un factor determinante en la percepción del apoyo recibido: la falta de soporte social se manifiesta de forma significativa en personas de más edad^(20, 34).

Las diferencias en el tipo de tratamiento oncológico recibido (cirugía, cirugía más quimioterapia, o quimioterapia paliativa sin cirugía), señalan diferencias en la manifestación de dos dimensiones de estilo de afrontamiento: Fatalismo o Preocupación Ansiosa⁽³³⁾. Así las pacientes con cáncer de mama que no recibieron tratamiento con quimioterapia muestran puntuaciones más bajas en Preocupación Ansiosa⁽³³⁾. En cambio en otro estudio se señala que el estilo de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama no varía según el tratamiento oncológico recibido⁽²⁰⁾. También en mujeres con cáncer de mama, al estudiar la interacción entre tipo de tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia o tratamiento hormonal) y rol asumido en la toma de decisión ante el tratamiento, aquellas mujeres que recibían quimioterapia y tomaban una actitud más pasiva ante el tratamiento sufrían niveles más elevados de malestar emocional manifestados en sentimientos de rabia, o tristeza⁽¹³⁾.

En definitiva, al evaluar la respuesta adaptativa al cáncer mediante el concepto de calidad de vida, o en la vertiente de malestar emocional, hay que considerar una serie de variables socio-demográficas y médicas que pueden determinar la manifestación del bienestar emocional o físico del paciente. La edad, el género, nivel educativo, estado marital, tiempo desde el diagnóstico, localización del tumor, tipo de tratamiento oncológico son algunos de los factores considerados en esta revisión. Aunque la influencia de estas variables parece determinante en el bienestar del paciente, dista mucho de esclarecerse su

influencia por las importantes diferencias entre estudios al señalar cuál es la interacción entre los factores mencionados, e incluso el tipo de instrumento de evaluación utilizado. En futuros estudios consideramos que una diferenciación más clara entre variables, como ejemplo la agrupación de factores según la localización del tumor, puede ayudarnos a profundizar en la personalización del tratamiento oncológico que recibe el paciente y optimizar su bienestar o respuesta adaptativa al cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brennan J. Adjustment to Cancer-Coping or Personal Transition? *Psychooncology* 2001; 10: 1-10.
2. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Nguyen-Van-Tam D, Sperner-Unterweger B, Greil R. Quality of life with chronic lymphocytic leukemia: results of a longitudinal investigation over 1 yr. *Eur J Haematol* 2004; 72: 381-9.
3. Crevenna R, Zettinig G, Keilani M, Posch M, Schmidinger M, Pirich C, et al. . Quality of life in patients with non-metastatic differentiated thyroid cancer under thyroxine supplementation therapy. *Support Care Cancer* 2003; 11: 597-603.
4. Haugland T, Vatn MH, Veenstra M, Wahl AK, Natvig GK. Health related quality of life in patients with neuroendocrine tumors compared with the general Norwegian population. *Qual Life Res* 2009; 18: 719-26.
5. Wan GJ, Counte MA, Cella DF, Harnández L, Deasy S, Shiimoto G. An analysis of the impact of demographic, clinical, and social factors on health-related quality of life. *Value Health* 1999; 2 (4): 308-18.
6. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of Life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(15): 3322-30.
7. Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of

- Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nursing* 2008; 12: 449-56.
8. Arraras JL, Manterola A, Domínguez MA, Arias F, Villafranca E, Romero P, et al. Impact of radiotherapy on the quality of life of elderly patients with localized breast cancer. A prospective study. *Clin Trans Oncol* 2008; 10: 498-504.
 9. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 2000; 62: 141-50.
 10. Given BA, Given CW. *The Older Patient*. En: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010; p.491-6.
 11. Sehlen S, Hollenhorst H, Lenk M, Schymura B, Herschbach P, Aydemir U, et al. Only sociodemographic variables predict quality of life after radiotherapy in patients with head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 52 (3): 779-83.
 12. Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *Eur J Cancer* 2003; 39: 755-62.
 13. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, Degner LF. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology* 2010; 19 (6): 606-16.
 14. Helgeson VS, McUumber AL. Social Environment and Cancer. En: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010; p. 62-8.
 15. Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, et al.. Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 401-8.
 16. Fortner BV, Schwartzberg L, Tauer K, Houts AC, Hackett J, Stolshek BS. Impact of chemotherapy-induced neutropenia on quality of life: a prospective pilot investigation. *Support Care Cancer* 2005; 13: 522-8.
 17. Brédart A, Didier F, Robertson C, Scaffidi E, Fonzo D, Costa A, Goldhirsch A, Autier P. Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology* 1999; 57 (4): 297-302.
 18. Grassi L, Travado L, Gil FL, Sabato S, Rossi E, SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: finding from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affec Disord* 2004; 83: 243-8.
 19. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (14): 3137-48.
 20. Lehto U-S, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005; 16: 805-16.
 21. Zabora J, Brintzenhofeszc K, Curbow B, Hooker C, Poantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
 22. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59 (3): 280-93.
 23. Carver CS, Smith RG, Petronis VM, Antoni MH. Quality of Life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psychooncology* 2006; 15: 749-58.
 24. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Zealand J Psychiatry* 2004; 38: 320-6.

25. Chen X, Zheng Y, Zheng W, Gu K, Chen Z, Lu W, Shu XO. Prevalence of depression and its related factors among Chinese women with breast cancer. *Acta Oncol* 2009; 1-9.
26. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychological distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2005; 88 (12): 2817-23.
27. Wong WS, Fielding R. Change in quality of life in Chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. *Support Care Cancer* 2007; 15: 1223-30.
28. Kornblith AB, Thaler HT, Wong G, Vlamis V, Lepore JMc, Loseth DB, et al. Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 1995; 59: 231-42.
29. Roth AJ, Carter J, Nelson J. Sexuality after Cancer. En: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010; p. 245-50.
30. Krouse RS. Gastrointestinal Cancer. En: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010; p. 140-5.
31. Devins GM, Otto KJ, Irish JC, Rodin GM. Head and Neck Cancer. En: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010; p. 135-9.
32. Rodrigue JR, Behen JM, Tumlin T. Multi-dimensional determinants of psychosocial adjustment to cancer. *Psychooncology* 1994; 3: 205-14.
33. Ferrero J, Barreto MP, Toledo M. Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psychooncology* 1994; 3: 223-32.
34. Grassi L, Rosti G, Lasalvia A, Marangolo M. Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psychooncology* 1993; 2: 11-20.