



ORIGINAL

Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia

Concepción Fernández Rodríguez^{a,*}, Erica Villoria Fernández^a,
Isaac Amigo Vázquez^a, Celina Padierna Sánchez^b,
Roberto Fernández Martínez^b e Ignacio Peláez Fernández^b

^a Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^b Unidad de Oncología Médica, Hospital de Cabueñes, SESPA, Gijón, España

Recibido el 9 de mayo de 2011; aceptado el 26 de enero de 2012

Disponible en Internet el 17 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Síntomas;
Ansiedad;
Depresión

Resumen

Objetivo: Analizar la evolución de los síntomas físicos y emocionales y la influencia de la ansiedad y la depresión en el estado físico de los pacientes con cáncer de pulmón o cáncer de mama a lo largo del tratamiento con quimioterapia intravenosa (QT).

Método: Sesenta y seis pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón, fueron evaluados antes de iniciar el tratamiento, finalizado el primero, segundo y último ciclo de QT, mediante el HAD y un cuestionario de síntomas.

Resultados: La ansiedad se redujo significativamente al finalizar el tratamiento en todos los participantes pero la depresión solo disminuyó en los pacientes con cáncer de pulmón. Durante el tratamiento se incrementó significativamente la astenia, la disnea y las náuseas. El insomnio disminuyó a lo largo del tiempo en los pacientes con cáncer de pulmón y se incrementó en los pacientes con cáncer de mama. Al eliminar la varianza compartida con ansiedad y depresión, se comprobó que la mayoría de los cambios en los síntomas fueron atribuibles a los factores tiempo y tipo de cáncer.

Conclusiones: El estado emocional no parece influir significativamente, durante el tratamiento con QT, en la presencia e intensidad de la sintomatología.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frconcha@uniovi.es (C. Fernández Rodríguez).

KEYWORDS

Cancer;
Symptoms;
Anxiety;
Depression

The influence of the emotional state on the physical symptoms of patients with breast and lung cancer during chemotherapy treatment

Abstract

Aim: to analyse the evolution of the physical and emotional symptoms, and the influence of anxiety and depression on the physical state of breast or lung cancer sufferers during treatment with intravenous chemotherapy (CT).

Method: A total of 66 patients, 29 suffering from breast cancer and 37 suffering from lung cancer, were evaluated before the treatment, and after completing the first, second and last cycle of CT using the Hospital Anxiety and Depression (HAD) and the Symptoms Questionnaires. *Results:* Anxiety was reduced greatly in all patients once the treatment was over, but depression was only reduced in lung cancer sufferers. Throughout the treatment, fatigue, dyspnea and nausea significantly increased in all patients. Sleeplessness decreased over time in patients with lung cancer, but increased in those patients with breast cancer. By introducing the HAD scores as covariables, it was found that most of the differences were due to the time factor and the type of cancer.

Conclusions: During treatment with intravenous chemotherapy (CT), the emotional state does not seem to have a significant influence on the presence and severity of the symptoms.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La relación entre los síntomas físicos y las alteraciones del estado de ánimo en pacientes oncológicos es compleja. La ansiedad y, en particular, la depresión se han asociado con peores resultados clínicos y patológicos¹⁻³; y, alternativamente, el bienestar psicológico con un incremento de la expectativa de vida^{4,5}. Se calcula que en torno a un 40% de los pacientes presentan síntomas emocionales, aunque la incidencia de trastornos específicos de ansiedad y depresión es bastante menor⁶. En el momento del diagnóstico e inicio del tratamiento, en torno a una tercera parte de los pacientes refieren niveles de ansiedad elevados, aunque el porcentaje se reduce con el transcurso del tiempo^{7,8}. La depresión, con una prevalencia en torno al 25%, muestra un curso más estable durante los diferentes momentos de la enfermedad⁹⁻¹¹. De hecho, el malestar emocional inicial se presenta como el mejor predictor de alteraciones emocionales a largo plazo¹¹. Por otra parte, la prevalencia de depresión y dolor y/o astenia es también particularmente elevada, afectando entre un 20-50% según los estudios^{12,13}. Y, aunque algunos trabajos descartan la asociación entre factores objetivos relacionados con el cáncer y síntomas emocionales¹⁴, otros sí encuentran correlaciones significativas¹⁵⁻¹⁷. En todo caso, no existen evidencias suficientes para establecer relaciones de causalidad entre el estado físico y emocional, ni mucho menos el sentido de la misma¹⁶. En el presente estudio se analiza la evolución de los síntomas físicos y emocionales y la relación e influencia de la ansiedad y la depresión en el estado físico de los pacientes con cáncer de pulmón o cáncer de mama a lo largo del tratamiento con quimioterapia intravenosa (QT).

Pacientes y método**Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón. La selección

se realizó de forma consecutiva durante 6 meses con los pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes SESPA (Gijón, España), independientemente del estadio inicial de la enfermedad, y siempre y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuera QT en cualquiera de sus modalidades (adyuvante, neoadyuvante, de inducción). Aunque nadie rehusó participar, 8 sujetos se excluyeron de la muestra al no completar la evaluación por deterioro grave o fallecimiento.

Instrumentos

*Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)*¹⁸. Evalúa el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios no psiquiátricos, excluyendo cualquier referencia a síntomas físicos. Formada por 14 ítems que se dividen en 2 subescalas, ansiedad y depresión. En cada una, valores superiores a 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso dudoso y de 11 a 21 caso clínico. Sus propiedades psicométricas parecen ser adecuadas; mostrando una fiabilidad, valorada mediante el coeficiente alpha de Cronbach, de 0,80 para cada una de las subescalas, un coeficiente de validez de 0,70¹⁹, y una satisfactoria sensibilidad (68%) y especificidad (73%) para determinar los casos clínicos de ansiedad y depresión²⁰.

*Cuestionario de síntomas del paciente*²¹. Valora la intensidad (0-4) y frecuencia (0-4) de los siguientes síntomas durante un ciclo de QT: náuseas, vómitos, pérdida de apetito; alteración de sabores; heridas en la boca; diarrea; dificultades para orinar; insomnio, disnea, astenia y dolor. Las correlaciones con la escala de funcionamiento físico de la EORTC QLQC-30 son significativas y elevadas (>0,80)²¹.

Procedimiento

Todos los pacientes con cáncer de mama o cáncer de pulmón a quienes se pautó un tratamiento con QT (independientemente de la modalidad) fueron informados de los objetivos y procedimiento del estudio. Una vez otorgado el

consentimiento, una psicóloga evaluó su estado emocional mediante el HAD en la consulta previa al inicio de la QT. En las consultas hospitalarias programadas por el oncólogo al finalizar el primero, segundo y último ciclo de tratamiento con QT, se evaluó mediante cuestionarios la presencia e intensidad de los síntomas a lo largo del correspondiente ciclo de QT así como la ansiedad y depresión. Por lo demás, cada paciente siguió en todo momento el protocolo de tratamiento pautado por el oncólogo. El procedimiento del estudio cumple con los criterios éticos establecidos por la APA y la AMM para investigación con humanos y fue aprobado por el responsable del centro hospitalario en que se llevó a cabo.

Análisis estadístico

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

Para comprobar la influencia del tipo de tumor y del tiempo en los cambios referidos en los síntomas se llevó a cabo, inicialmente, un ANOVA factorial. Este análisis permite estudiar los efectos de 2 o más variables independientes categóricas sobre una variable dependiente cuantitativa. En este caso, se empleó un diseño mixto, puesto que un factor, el tipo de tumor, tiene 2 niveles (cáncer de mama o pulmón) y, por tanto, debe considerarse intersujeto, y el otro factor, el tiempo, es intrasujeto (todos los sujetos pasan por todos los niveles de mediada: primer, segundo y último ciclo de QT). Posteriormente, se realizó un ANCOVA factorial mixto, para controlar la influencia de las puntuaciones pretratamiento QT en el HAD (covariables), sobre el cambio referido en los síntomas.

Para analizar las relaciones entre síntomas físicos y las puntuaciones en HAD se emplearon los coeficientes de correlación de Pearson (r_{xy}) y Spearman (r_s) con variables ordinales. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 15.0 para Windows.

Resultados

Los participantes fueron 66 pacientes oncológicos, cuyas características sociodemográficas y clínicas se presentan en la [tabla 1](#).

En cuanto al tratamiento de quimioterapia recibido, a todos los pacientes de cáncer de pulmón, por presentar tumores no microcíticos, se les administró el mismo esquema, cisplatino y gemcitabina. Las pacientes de cáncer de mama, en función de si expresaban o no positividad para HER-2 neu, se les administró quimioterapia con trastuzumab o quimioterapia sola, respectivamente.

Síntomas. Los síntomas: pérdida de apetito, alteración de sabores, heridas en la boca, diarrea y dificultades para orinar; no llegaron a afectar a más de un 5% de los participantes y solo en algún momento de evaluación. Por su baja incidencia y variabilidad se excluyeron de los análisis. El resto de los síntomas se describen en la [tabla 2](#). En los sujetos con cáncer de pulmón destacaron, por su frecuencia

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas

	Pulmón	Mama
<i>Edad (M/DT)</i>	60,9 / 8,60	53,7 / 11,2
<i>Sexo (%)</i>		
H	89,2	3,4
M	10,8	96,6
<i>Estado Civil (%)</i>		
Soltero	8,0	7,4
Casado/pareja	76,0	72,0
Viudo	8,0	10,3
Separado	8,0	10,3
<i>Estudios (%)</i>		
Sin estudios	5,3	7,2
Primarios	65,0	48,0
Secundarios	27,0	31,0
Universitarios	2,7	13,8
<i>Empleo (%)</i>		
Paro		3,4
Activo	5,4	
Baja	29,5	48,0
Ama de casa	8,1	41,7
Jubilado	57,0	6,9
<i>Tumor</i>	56,1	43,9
<i>Estadios</i>		
I		13,8
II-A	8,2	31,1
II-B	10,8	27,6
III-A	18,9	17,3
III-B	29,7	3,4
III-B/IV	25,4	
III-C		3,4
IV	27,0	3,4
<i>Tratamiento previo</i>		
RT	8,1	32,1
CC		57,1
CR		
<i>Psicofármacos por otro especialista</i>	27,8	41,4

CC: cirugía conservadora de la mama; CR: cirugía radical de la mama; RT: radioterapia.

e intensidad, durante todo el tratamiento QT: el insomnio que afectó a un 61,9% en el primer ciclo; 50% en el segundo y 33,3% en el último ciclo de QT; la disnea presente en un 38,1, 25 y 44,4% (respectivamente); el dolor (38,1, 32,4 y 25%) y la astenia que afectaba a un 57,1% en el primer ciclo y a un 77,8% en el último.

En los pacientes con cáncer de mama habría que destacar la frecuencia e intensidad de la astenia a lo largo de todo el tratamiento (36, 50 y 55,6% respectivamente); y del dolor (12, 26,1 y 33,3% respectivamente). El insomnio, aunque se incrementó progresivamente a lo largo del tratamiento, solo llegó a afectar a un tercio de las pacientes.

En el ANOVA factorial mixto, el efecto del tiempo (factor intra) fue significativo en las siguientes condiciones: la frecuencia con que el paciente refirió tener náuseas

Tabla 2 Síntomas. Frecuencia e intensidad durante tratamiento QT

	Final 1.º ciclo QT		Final 2.º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<i>Náuseas (frecuencia)</i>						
0	70,0	76,0	66,7	76,2	77,8	77,8
1	10,0	16,0	66,7	23,8	11,7	5,6
2	5,0		16,7			11,1
3		4,0			11,7	
4	15,0	4,0	8,3			5,6
<i>Vómitos (intensidad pos qt)</i>						
0	90,5	80,8	66,7	90,9	100	83,3
1	9,5	15,4	8,3	9,1		
2		3,8	16,7			7,1
3						5,6
4			8,3			
<i>Vómitos (intensidad pos qt)</i>						
0	38,1	80,8	50,0	73,9	66,7	66,7
1				4,3		
4	61,9	19,2	50,0	21,7	33,3	33,3
<i>Insomnio (intensidad)</i>						
0	38,1	77,8	50,0	73,9	66,7	66,7
1	4,8	3,7	8,3	8,7		11,1
2	19,0	14,8	25,0	17,4	22,2	11,1
3	28,6		8,3			5,6
4	9,5	3,7	8,3		11,1	5,6
<i>Disnea (frecuencia)</i>						
0	52,4	96,0	66,7	95,5	44,4	66,7
2	4,8	4,0	8,3	4,5		
3	4,8				11,1	33,3
4	38,1		25,0		44,4	
<i>Disnea (intensidad)</i>						
0	55,0	96,2	66,7	95,5	44,4	66,7
1	10,0	3,8	16,7	4,5	22,2	16,7
2	15,0				22,2	11,1
3	10,0		8,3		11,1	
4	10,0		8,3			5,6
<i>Astenia (frecuencia)</i>						
0	42,9	52,0	41,7	36,4	22,2	33,3
2		8		9,1		5,6
3	57,6	4	58,3	4,5	77,8	5,6
4		36		50,0		55,6
<i>Astenia (intensidad)</i>						
0	45,0	53,8	41,7	38,1	22,2	33,3
1	10,0	26,9	16,7	33,3	11,1	22,2
2	5,0	7,7	8,3	14,3		
3	20,0	7,7	8,3	9,5	22,2	11,1
4	20,0	3,8	25,0	4,8	44,4	33,3
<i>Dolor (frecuencia)</i>						
0	57,1	72	58,3	60,9	75	55,6
1		4	8,3	4,3		
2	4,8	4			25	11,1
3		8	32,4	8,7		
4	38,1	12		26,1		33,3

Tabla 2 (Continuación)

	Final 1.º ciclo QT		Final 2.º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<i>Dolor (intensidad)</i>						
0	63,2	80,0	63,6	66,7	75,0	58,8
1	10,5	8,0	18,2	14,3		23,5
2	10,5	4,0	9,1	14,3	25,0	11,8
3		4,0				5,9
4	15,8	4,0	9,1	4,8		

Intensidad a lo largo del ciclo de tratamiento con QT: 0: nada; 1: poco; 2: moderado; 3: bastante; 4: mucho.

Frecuencia a lo largo del ciclo de tratamiento con QT: 0:nunca; 1:rara vez; 2:algunos días; 3:casi todos días; 4:a diario.

($F_{1,24}=5,594$; $p=0,026$); la frecuencia con la que refirieron disnea ($F_{1,24}=8,053$; $p=0,009$); la frecuencia ($F_{1,24}=9,449$; $p=0,005$) e intensidad ($F_{1,24}=15,261$; $p=0,001$) con que indicaron astenia. En todas estas condiciones se observó un empeoramiento al finalizar el tratamiento.

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

Al cruzar el factor intra y el factor inter, se encontró una interacción significativa en la frecuencia e intensidad del insomnio ($F_{1,25}=4,891$; $p=0,036$), apreciándose a lo largo del tiempo una disminución en los pacientes con cáncer de pulmón y un incremento en los pacientes con cáncer de mama.

HAD. En la tabla 3 se muestran los datos descriptivos y los porcentajes de casos clínicos. Entre los pacientes de cáncer de pulmón, se encuentra el mayor porcentaje de casos clínicos antes de iniciar la QT, en torno al 30% aunque se reduce a lo largo de las evaluaciones. Entre los pacientes de cáncer de mama el porcentaje es inferior al 15% pero se mantiene estable.

Las puntuaciones medias del grupo de pacientes con tumores de pulmón en el HAD-A, HAD-D y HAD-total antes de iniciar el tratamiento fueron significativamente mayores que las obtenidas al finalizar el mismo (HAD-A: $t_8=2,985$, $p=0,017$; HAD-D: $t_8=2,341$, $p=0,047$; HAD-T: $t_8=5,429$, $p=0,001$).

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

En el ANCOVA factorial mixto, al tomar como covariable la puntuación pretratamiento HAD-A, se observa que el efecto tiempo fue significativo en la intensidad del insomnio ($F_{1,23}=5,092$; $p=0,034$), señalando una reducción al finalizar el tratamiento. Los sujetos con cáncer de pulmón, presentaron más frecuentemente problemas para dormir

($F_{1,23}=4,618$; $p=0,042$). El resto de los resultados coinciden con los obtenidos en el ANOVA.

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

Finalmente, introduciendo como covariable la puntuación pretratamiento HAD-T, deja de ser significativo el factor tiempo en la frecuencia de la disnea. Y, en el mismo sentido mostrado en el ANOVA, se encuentra que es significativo el factor tiempo y la interacción tiempo por tumor en la frecuencia ($F_{1,23}=4,826$; $p=0,038$) e intensidad ($F_{1,23}=6,326$; $p=0,019$) del insomnio.

El análisis correlacional entre los síntomas físicos y emocionales reveló que, en ambos tipos de tumor, solo el insomnio y la astenia se relacionaron significativamente con los síntomas emocionales (tabla 4). Las puntuaciones en el HAD-A y HAD-D correlacionaron significativamente entre sí en todos los momentos.

Discusión

En este estudio participaron 66 pacientes adscritos a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes de Gijón (SESPA). La muestra, aunque por su tamaño puede juzgarse limitada, es representativa clínica y sociodemográfica de la población oncológica estudiada²², con las implicaciones que ello tiene de cara a la generalización de los resultados.

Los participantes presentaban, en general, un buen ajuste emocional. Habida cuenta que las puntuaciones medias obtenidas en el HAD se mantuvieron, durante el tratamiento con QT, dentro de lo que se considera valores no clínicos. Estos resultados son comparables a los ya obtenidos en otros estudios^{2,13,23}. Ahora bien, los pacientes con cáncer de pulmón informan de mayor distrés psicológico. Otros trabajos^{9,10,24} han relacionado el malestar psicológico de estos enfermos con la severidad de los síntomas o un peor pronóstico en comparación con otras localizaciones, así como con el grado de búsqueda de información y/o conocimiento del paciente sobre la enfermedad^{25,26}. Por lo que respecta a los casos clínicos de ansiedad y

Tabla 3 Casos clínicos de ansiedad y depresión. HAD

	Pretratamiento		Final 1.º ciclo QT		Final 2.º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)	Pulmón (%)	Mama (%)
<i>Casos</i>								
HAD-A	27,3	14,8	15,8	13,8	23,1	9,5	11,1	13,3
HAD-D	21,2		11,8	4,0	23,1	4,8	11,1	7,1
<i>Casos dudosos</i>								
HAD-A	9,1	2,2	5,3	7,7	7,7	9,5	11,1	13,3
HAD-D	12,1	7,1		8,0	7,7	4,8	11,1	
<i>No casos</i>								
HAD-A	63,6	63,0	78,9	76,9	69,2	81,0	77,8	73,3
HAD-D	66,7	92,9	88,2	88,0	69,2	90,5	77,8	92,9

Fuente: Zigmond y Snaith, 1983.

	M / SD							
	Pretratamiento		Final 1.º ciclo QT		Final 2.º ciclo QT		Fin tratamiento	
	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)	Pulmón M (SD)	Mama M (SD)
HAD-A	6,6 (4,9)	6,3 (4,4)	4,2 (4,2)	5,6 (5,4)	5,3 (5,7)	4,6 (4,3)	3,8 (4,3)	4,0 (4,3)
HAD-D	5,4 (5,1)	2,4 (2,6)	4,4 (4,9)	2,2 (3,1)	6,5 (7,4)	2,2 (3,4)	4,2 (5,5)	2,8 (3,6)
HAD-T	11,9 (9,2)	8,6 (6,4)	8,0 (7,9)	7,3 (7,3)	11,8 (12,8)	6,8 (6,4)	8,0 (9,3)	7,0 (6,5)

Tabla 4 Correlaciones entre síntomas físicos y estado emocional. HAD

	Pulmón			Mama		
	Final 1.º ciclo QT	Final 2.º ciclo QT	Final QT	Final 1.º ciclo QT	Final 2.º ciclo QT	Final QT
HAD-A						
HAD-D	$r_{xy} = 0,607^{**}$	$r_{xy} = 0,906^{**}$	$r_{xy} = 0,811^{**}$	$r_{xy} = 0,701^{**}$	$r_s = 0,489^*$	$r_s = 0,586^*$
<i>HAD-A</i>						
Insomnio (frecuencia)						$r_s = 0,546^*$
Insomnio (intensidad)	$r_s = 0,471^*$	$r_s = 0,625^*$				
Cansancio (frecuencia)	$r_s = 0,544^*$					
Cansancio (intensidad)	$r_s = 0,581^*$			$r_s = 0,40^*$		
<i>HAD-D</i>						
Insomnio (frecuencia)				$r_s = 0,415^*$		$r_s = 0,706^{**}$
Insomnio (intensidad)		$r_s = 0,648^*$	$r_s = 0,683^*$	$r_s = 0,407^*$		$r_s = 0,718^{**}$
Cansancio (intensidad)		$r_s = 0,627^*$				

Fuente: Zigmond y Snaith, 1983.

** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$.

depresión¹⁹, mientras que en los pacientes con cáncer de mama las tasas son ligeramente inferiores a las observadas en otros estudios^{2,8,13,23}; en los pacientes de cáncer de pulmón el porcentaje de casos clínicos, en concreto de depresión, se sitúa alrededor del 30%, coincidiendo también con lo descrito por otros autores^{24,27}. En este sentido diversos estudios plantean como pacientes con peores pronósticos y/o en situación paliativa presentan mayor sintomatología depresiva^{21,28}. Todo esto muestra el interés de la detección rápida de la depresión en fases avanzadas de la enfermedad²⁹.

De acuerdo a la evidencia y estudios clínicos^{12,13,30}, los síntomas más referidos fueron la astenia, el dolor y el insomnio. Además, a lo largo del tratamiento con QT, se produjo en ambas muestras un incremento de las náuseas, la disnea y la astenia. Solo los pacientes con cáncer de mama refirieron un incremento de los vómitos, si bien, este resultado podría atribuirse a un cambio de la pauta antiemética introducido durante la realización del estudio. El tipo de tumor solo se mostró significativo en la frecuencia e intensidad del insomnio durante los ciclos de tratamiento, revelando que mientras que este problema

perdía importancia a lo largo del tiempo para los pacientes con cáncer de pulmón, se incrementaba para aquellos con cáncer de mama.

Los resultados del ANOVA y ANCOVA sugieren que la evolución de los síntomas durante el tratamiento con QT ha de ponerse en relación, principalmente, con el factor tiempo y con la localización del tumor primario y, en consecuencia, se diría que con el curso de la enfermedad y los efectos de la QT. La ansiedad y la depresión han mostrado una limitada repercusión en la sintomatología referida por el paciente durante el tratamiento con QT. Solo la disnea habría podido verse incrementada por las alteraciones emocionales. En este punto, las discrepancias con otros estudios que sí han señalado a la ansiedad y depresión como predictores de la evolución clínica de los enfermos oncológicos, podrían explicarse por la fase de la enfermedad en la que se encontraban los participantes. Mientras que otros estudios han utilizado muestras que incluían pacientes en distintas fases de la enfermedad y tratamiento^{13,24,31}, este se ha restringido al momento de tratamiento con QT. En todo caso, la generalización de los resultados podría, de algún modo, estar comprometida por las dificultades para garantizar la fiabilidad de la información que refiere el paciente, así como, por la dificultad para controlar el efecto de algunas variables en los síntomas y el estado emocional, por ejemplo, la medicación para el control de efectos secundarios de la QT o el consumo de psicofármacos.

En definitiva, durante el tratamiento con QT, las alteraciones emocionales no parecen modificar significativamente la frecuencia e intensidad de los síntomas físicos que el enfermo refiere. Antes bien, se diría que las tasas de malestar emocional observadas han de ponerse en relación con la sintomatología de los pacientes. Como ya han señalado otros estudios¹⁵⁻¹⁷, en ambos tipos de tumor y en todos los ciclos de QT, se observó una relación positiva entre ansiedad, depresión con 2 de los síntomas más frecuentes e intensos como son la astenia y el insomnio. Otra cuestión a debate es hasta qué punto pueden considerarse psicopatológicas las alteraciones emocionales en este momento de la enfermedad. En esta muestra los valores promedio de ansiedad y depresión no se revelaron psicopatológicos e, incluso, se redujeron al final del tratamiento de QT. En todo caso, el malestar emocional del paciente oncológico, independientemente de que tenga un carácter adaptativo o patológico, difícilmente podría explicarse al margen de su estado físico y de las alteraciones que la enfermedad y el tratamiento provoca en múltiples ámbitos de la vida cotidiana^{32,33}. Lo que sugiere la necesidad de estudios longitudinales para realizar una valoración adecuada del carácter psicopatológico de las reacciones emocionales en los diferentes momentos de la enfermedad y tratamiento oncológico, y un análisis de la capacidad predictiva de ambas condiciones sobre el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

Financiación

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

Bibliografía

- Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2004;18:558-63.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Br Med J.* 2005;330:702-5.
- Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res.* 2009;66:255-8.
- Spiegel DJ, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* 1989;2:888-91.
- Fawzy IF, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant Melanoma. Effects of an early structured psychiatric interventions, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:681-9.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;18.
- Carlson LE, Gro SL, Maciejewski O, Bultz BD. Screening for Distress in Lung and Breast Cancer Outpatients: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2010;28:4884-91.
- Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J, et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med.* 2010;14:1-8.
- Walker MS, Zona DM, Fisher EB. Depressive symptoms after lung cancer surgery: their relation to coping style and social support. *Psychooncology.* 2006;15:684-93.
- Murillo M, Pedraza JD. Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología.* 2006;3:377-92.
- De Vries J, Van der Steeg AF, Roukema JA. Trait anxiety determines depressive symptoms and fatigue in women with an abnormality in the breast. *Br J Health Psychol.* 2009;14:143-57.
- Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology.* 2001;10:156-65.
- Groenvold M, Petersen MA, Idler E, Bjorner JB, Fayers PM, Mouridsen HT. Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2007;105:209-19.
- Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, et al. Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24:2420-7.
- García-Cebrian A, Gandhi P, Demyttenaere K, Peveler R. The association of depression and painful physical symptoms-a review of the European literature. *Eur Psychiatry.* 2006;21:379-88.
- Laird BJ, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology.* 2009;18:459-64.
- Padierna C, Fernández C, Amigo I, Gracia JM, Fernández R, Peláez I, et al. Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Psicooncología.* 2004;1:191-204.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-8.
- Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res.* 1988;111:231-49.

20. Olivares ME. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*. 2010;7:3.
21. Padierna C. Estudio de la calidad de vida de la población oncológica en Asturias. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Oviedo. 2003.
22. SESPA. Portal salud. Informes epidemiológicos cáncer en Asturias. 2008. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/j.institu.2009.03.12>.
23. Osborne RH, Elsworth GR, Sprangers MA, Oort FJ, Hopper JL. The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Qual Life Res*. 2004;13:191–206.
24. Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychol*. 2004;23:564–73.
25. Felton BI, Revenson TA. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52:343–53.
26. Padierna C, Fernández C, Amigo I, Pérez-Álvarez M, Gracia JM, Fernández R, et al. Estudio de la relación entre afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos en situación paliativa. *Med Paliat*. 2004;11:89–95.
27. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, Krasnik M, Johansen C. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer*. 2005;47:293–300.
28. Villoria E, Fernández C, Amigo I, Padierna C, Gracia JM, Fernández R, et al. La calidad de vida durante el tratamiento oncológico: estudio comparativo de los pacientes libres de enfermedad a los cinco años y pacientes fallecidos. *Med Paliat*. 2008;15:338–45.
29. Comas MD, Calafell B, Limonero JT, Bayés R. Elaboración de una escala observacional para la evaluación de la depresión en cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2005;11:96–101.
30. Chen ML, Chang HK. Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliat Med*. 2004;18:712–8.
31. Deshields T, Tibbs T, Fan MY, Taylor M. Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology*. 2006;15:398–406.
32. Fernández C, Villoria E, Amigo I, Padierna C, Gracia JM, Fernández R, et al. Terapia de activación conductual en pacientes oncológicos. *Anales de Psicología*. 2010;27:333–41.
33. Fernández C, Padierna C, Amigo I, Gracia JM, Fernández R, Peláez I. Calidad de vida informada en pacientes oncológicos paliativos. *Index Enferm*. 2006;52:30–4.