

## Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer

Concepción Fernández<sup>1\*</sup>, Erica Villoria<sup>1</sup>, Isaac Amigo<sup>1</sup>,  
Celina Padierna<sup>2</sup>, José Manuel Gracia<sup>2</sup>, Roberto Fernández<sup>2</sup> e Ignacio Peláez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Oviedo

<sup>2</sup> Hospital de Cabuñes. SESPA

**Resumen:** Objetivo: Valorar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual con pacientes con cáncer de pulmón y cáncer de mama durante el tratamiento oncológico. Procedimiento: Se establecen como criterio de resultado: frecuencia e intensidad de síntomas de enfermedad y/o tratamiento; afectación de la autonomía personal, actividad doméstica, laboral, ocio, relaciones familiares y sociales y alteraciones emocionales. Los datos se recogen mediante escalas estandarizadas (IK, HAD, QLQ-C30), autoinforme y entrevista clínica en cada sesión de tratamiento y en un seguimiento de tres meses. Se empleó un grupo control que ocupó el mismo número de sesiones en la evaluación de la calidad de vida. El total de participantes con cáncer de mama fueron 54 (G.C.: N = 29 / G.E.: N = 25) y con cáncer de pulmón 84 (G.C.: N = 37 / G.E.: N = 47). Resultados: Los análisis de comparación inter e intra grupos indican que entre los pacientes con cáncer de pulmón, el G.E. presenta significativamente menos pérdida de apetito, dificultades para dormir, ansiedad, depresión y mayor recuperación de actividades cotidianas y de ocio. Entre los pacientes con cáncer de mama no hay diferencias entre grupos pero el efecto tiempo resultó significativo en la evolución negativa del cansancio y la fatiga. Conclusiones: los pacientes que, durante el tratamiento con quimioterapia, mantienen sus actividades cotidianas y de ocio no presentan alteraciones emocionales. La activación conductual puede contribuir a mejorar la calidad de vida y prevenir alteraciones emocionales.

**Palabras clave:** Terapia de Activación Conductual; cáncer; calidad de vida; depresión.

**Title:** Behavioral activation treatment for cancer patients.

**Abstract:** Aim: In this research was evaluated the efficacy of the behavioural activation therapy in patients suffering lung cancer and breast cancer along the oncologic treatment. Measures: The variables used as outcome criterion were: frequency and intensity of the illness symptoms and/o medical treatment; affectation of personal autonomy, daily life activity, leisure, work activity, family and social relationships and emotional disturbances. Data were collected through standardized scales (IK, HAD, QLQ-C30), self-report and clinical interview in each of the treatment sessions and three months follow-up. The control group underwent the same number of sessions of assessment. The total number of participants with breast cancer was 54 (control group 29 and experimental group 25) and lung cancer 84 (control group 37 and experimental group 47). Results: The subjects of the experimental group of lung cancer showed a higher recovery of daily life activities and leisure and less difficulty sleeping, anxiety, depression and less loss of appetite. In the breast cancer no differences were found between groups but the effect of time was significant in the variables tiredness and fatigue. Conclusions: The patients that, during chemotherapy treatment, maintain their daily activities and leisure activities do not show emotional disturbances. The behavioural activation can contribute to improving the quality of life and prevent emotional disturbances in cancer.

**Key words:** Behavioral activation therapy; cancer; quality of life; depression

### Introducción

Desde el diagnóstico de la enfermedad oncológica, entre un 30-40% de los pacientes refieren ansiedad y depresión (Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane, Zabora, 2009; Teunissen, de Graeff, Voest y de Haes, 2007; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, 2006; Burgess *et al.*, 2005; Stiegelis, Ranchor y Sanderman, 2004). El estado de ánimo del paciente oncológico se ha relacionado con la presencia de síntomas, en particular, cansancio, dificultades para dormir y dolor (Fischer, Villines, Kim, Epstein y Wilkie, 2009; Goodwin, Zhang y Ostir, 2004; Hjerl *et al.*, 2003; Cody, 1994), y con cambios importantes en la rutina cotidiana (Schou, Ekeberg y Ruland, 2005; Sarna *et al.*, 2005; Holzner *et al.*, 2004). Los ámbitos en los que un mayor número de sujetos indican cambios debidos a la enfermedad y/o el tratamiento son los relativos a la actividad laboral y de ocio. En particular, los cambios en las relaciones con los amigos y en las actividades de ocio parecen relacionarse con una mayor presencia de síntomas, estado de ánimo deprimido y valoraciones más negativas del paciente sobre su calidad de vida (Espantoso *et al.*, 2007; Ganz *et al.*, 1996). Al concluir el tratamiento se observa una recuperación paulatina de la mayoría de las actividades coti-

dianas, aunque es siempre menor entre los pacientes con un estado depresivo más acentuado (Cappiello, Cunningham, Knobf y Erdos, 2007; Yang *et al.*, 2005). El apoyo material y social que dispensan allegados, sanitarios u otros enfermos al paciente oncológico es una condición relacionada directamente con un adecuado afrontamiento de la enfermedad y calidad de vida (Hoey, Ieropoli, White, y Jefford, 2008; Ganz, *et al.*, 1996). Pero también familiares y sanitarios, con el propósito de que el enfermo concentre todas sus energías en el "cuidado de la enfermedad", pueden facilitar que delegue decisiones y abandone actividades y responsabilidades de la vida cotidiana, más allá de lo que justificaría su estado físico. Estas reglas de funcionamiento del contexto social y sanitario pueden explicar, en buena medida, la progresiva inhibición comportamental del paciente oncológico. Como consecuencia, las posibilidades de mantener las situaciones gratificantes y condiciones valiosas de lo que, hasta entonces, era la vida de la persona se ven comprometidas. Todo ello, unido al incremento de situaciones aversivas de la propia enfermedad y tratamiento, podría fácilmente ponerse en relación con el mantenimiento de conductas depresivas (Hopko *et al.*, 2008; Sandoval, Brown, Sullivan y Green, 2006; Ciaramella y Poli, 2001; Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1978). Conforme a estas asunciones, se sugiere que una intervención orientada precisamente a promover la activación comportamental y modificar el patrón de evitación experiencial en los pacientes oncológicos podría ser idónea para el afrontamiento del cáncer. Para diseñar esta propuesta

**Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Concepción Fernández Rodríguez. Dpto. de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33005 Oviedo (España).  
E-mail: [frconcha@uniovi.es](mailto:frconcha@uniovi.es)

de intervención se ha tomado como terapia de referencia la Terapia de Activación Conductual (AC) (Jacobson, Martell y Dimigian, 2001; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001), precisamente por el énfasis que se pone sobre el contexto ambiental de la vida de cada sujeto. Esta terapia sin presuponer ningún déficit de conducta alienta al sujeto a comprometerse con tareas (activación conductual) que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas, logrando mantener y/o incrementar conductas saludables y reduciendo y/o eliminando conductas de enfermedad, con la consiguiente modificación del patrón de evitación experiencial. Con lo que siguiendo la lógica de la AC, se podrían reducir o evitar alteraciones emocionales y, en especial, la depresión, cuya prevalencia se sitúa entre un 13% y un 50% según los autores (Croyle y Rowland, 2003).

## Método

### Participantes

Se seleccionaron de forma consecutiva todos los pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón que acudían

por primera vez a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes (SESPA), independientemente del estadio inicial de la enfermedad y siempre y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuera la quimioterapia en cualquiera de sus modalidades (adyuvante, neoadyuvante, de inducción). En la primera consulta, el oncólogo solicitó a cada paciente la colaboración en el estudio. De forma aleatoria (según tabla de números) se estableció la asignación experimental y, nuevamente, el psicólogo solicitó en la primera entrevista con el paciente el consentimiento informado. El total de participantes con cáncer de mama fueron 54 (G.C.:  $N = 29$  / G.E.:  $N = 25$ ). Los participantes con cáncer de pulmón fueron 84 (G.C.:  $N = 37$  / G.E.:  $N = 47$ ).

Aunque ninguno de los pacientes rechazó participar en el estudio, en el seguimiento se perdieron por fallecimiento o deterioro físico como consecuencia de la enfermedad un total de 15 pacientes con cáncer de pulmón (G.C.:  $N = 8$  / G.E.:  $N = 7$ ) y 8 con cáncer de mama (G.C.:  $N = 3$  / G.E.:  $N = 5$ ).

Las características sociodemográficas de los pacientes del estudio se exponen en la Tabla 1. y las clínicas en la Tabla 2.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos

	CÁNCER PULMÓN		CÁNCER MAMA	
	GC	GE	GC	GE
Edad ( <i>M/DT</i> )	61.05±8.60	61.87±9.29	53.65±11.16	52.88±12.79
Nº hijos ( <i>M/DT</i> )	1.75 ±1.29	1.95±1.20	1.65 ±1.11	1.64 ±1.31
Nº familiares convive ( <i>M/DT</i> )	1.54 ±1.01	1.78± .96	1.65 ±1.07	1.64 ± 1.18
Sexo (%)	H	76.6	3.4	
	M	23.4	96.6	100
Estado Civil (%)				
Soltero	8.1	2.1	6.9	8.0
Casado/pareja	75.7	78.7	72.4	56.0
Viudo	8.1	8.5	10.3	16.0
Separado	8.1	10.6	10.3	20.0
Estudios (%)				
Sin estudios	5.4	8.5	6.9	
Primarios	64.9	53.2	48.3	44.0
Secundarios	27.0	29.8	31.0	32.0
Universitarios	2.7	4.3	13.8	20.0
Actividad laboral (%)				
Desempleo			3.4	8.0
Activo	5.4	4.3		8.0
Baja médica	29.7	34.0	48.3	48.0
Ama de casa	8.1	6.4	41.4	20.0
Jubilado	56.8	55.3	6.9	16.0

Tabla 2: Datos clínicos

	CÁNCER PULMÓN		CÁNCER MAMA	
	GC	GE	GC	GE
Tumor (%)	56.1	65.3	43.9	34.7
Estadios(%)				
I		2.1	17.2	12.0
II-A		2.1	37.9	28.0
II-B		2.1	3.4	12.0
III-A	21.6	12.8	6.9	8.0
III-B	24.3	23.4	17.2	4.0
III-B/IV	2.7	2.1		
III-C			6.9	4.0
IV	29.7	27.7		4.0
EL	16.2	10.6		
EE	5.4	2.1		
Tratamiento previo (%)				
RT	8.1	6.4		
C		2.1		
CC			34.5	40.0
CR			55.2	44.0

EL: enfermedad limitada

EE: enfermedad extensa

C: cirugía

CC: cirugía conservadora de la mama

CR: cirugía radical de la mama

### Instrumentos

- *Protocolo clínico* (ad hoc). Cumplimentado en la primera consulta por el oncólogo y psicólogo. Incluye datos clínicos y socio-demográficos.
- *Escala de Karnofsky* (Karnofsky, Abelman, Craver y Burchehal, 1948). Trata de cuantificar el estado general del paciente oncológico, reflejando el grado de autonomía en un rango de 0 (-) a 100 (+). Diversos estudios han comprobado sus garantías psicométricas (Mor, Laliberte y Morris, 1984; Sorensen, Klee, Palshof y Hansen, 1993). Fue cumplimentada por el oncólogo en todas las sesiones.
- *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria* (HAD) (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala evalúa el estado emocional de los sujetos que son atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos, excluyendo cualquier referencia a síntomas físicos. Es una escala formada por 14 ítems que se dividen en dos subescalas, ansiedad y depresión, cada una formada por 7 ítems. En cada una de las escalas, valores totales entre 0 y 7 indican ausencia de caso clínico, entre 8 y 10 caso dudoso y de 11 a 21, caso clínico. Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas, mostrando una fiabilidad de .80 para cada una de las subescalas y una validez de .70 (Aaronson, Bullinger y Ahmezdai, 1988). En los últimos años se ha incrementado su aplicación en pacientes oncológicos y se han realizado estudios que confirman sus propiedades psicométricas en dicha población aunque existen algunas discrepancias sobre los puntos de corte (Gilbert et al., 1998; Terol et al., 2000). Se empleó en todos los momentos de evaluación.
- *Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30* (Aaronson et al., 1993). Contiene una escala global de sa-

lud/calidad de vida, cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, y náuseas/vómitos) e ítems individuales que evalúan síntomas adicionales. En las escalas funcionales las puntuaciones más altas indican mejor funcionamiento y a la inversa en las escalas de síntomas. Diferentes estudios prueban las garantías psicométricas del instrumento (Aaronson et al., 1993). En el estudio de validación con población española de Arrarás (Arrarás, Illarramendi y Valerdi, 1995), los análisis factoriales confirman la estructura de la mayoría de las escalas. Las escalas RF y SF alcanzan un  $\alpha$  de Cronbach  $>.60$ , aunque el resto presentan coeficientes de fiabilidad adecuados y la consistencia interna global es de  $\alpha = .78$ . Se empleó a partir del segundo ciclo de quimioterapia, en todos los momentos de medida. En este trabajo sólo se ofrecen los datos de las escalas funcionales y la escala global de salud/calidad de vida.

- *Entrevista semiestructurada*: utilizada con el G.C. y el G.E. en cada sesión y diseñada para la valoración de los siguientes ámbitos: (a) Síntomas: náuseas, pérdida de apetito, dificultades para dormir, fatiga (sensación de ahogo), cansancio y dolor. Se registra la intensidad (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho) y la frecuencia (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre) con la que el sujeto experimenta cada condición en el periodo comprendido entre sesiones de tratamiento. En el caso de las náuseas, también se evalúa de 0 a 4 la intensidad experimentada en los días posteriores a la administración de la quimioterapia. (b) Alteraciones emocionales: ansiedad y depresión. Se registra intensidad (0-4) y frecuencia (0-4) durante el periodo comprendido entre sesiones de tratamiento. (c) Funcionalidad: actividad laboral, cuidados personales, actividades domésticas, actividades de ocio, relaciones familiares, relaciones de pareja, relaciones sexuales y relaciones con amigos. Se registra de 0 a 3 el nivel de funcionalidad en cada ámbito durante el periodo entre sesiones de tratamiento (0 = sin actividad; 1 = no mantiene; 2 = debilita; 3 = mantiene). (d) Valoraciones globales realizadas por el paciente en el momento de la entrevista: estado general percibido de 0 (-) a 10 (+) y salud percibida de 0 (-) a 10 (+).

### Procedimiento

El proceder con el grupo experimental y control se integró en la rutina de consultas y sesiones de tratamiento de quimioterapia establecidas por los oncólogos. Todos los pacientes fueron atendidos individualmente durante 45 minutos por una psicóloga después de la consulta médica y antes de recibir cada ciclo de quimioterapia. El protocolo de tratamiento para los enfermos con cáncer de pulmón consistió en una pauta de cuatro ciclos de quimioterapia y de seis ciclos para los pacientes con cáncer de mama. En consecuencia, la intervención en el grupo experimental y control implicó seis sesiones en el caso de los pacientes con cáncer

de mama y cuatro sesiones en los pacientes con cáncer de pulmón. A todos los pacientes se les realizó un seguimiento a los tres meses de finalizar el tratamiento.

En el grupo control se siguió en todas las sesiones el mismo protocolo de evaluación de síntomas, estado emocional y funcionalidad (instrumentos). Durante la entrevista, el paciente describía su situación personal en cada uno de los ámbitos examinados. Ahora bien, en ningún momento, se prestó atención diferencial a las competencias/déficit de los sujetos en relación al afrontamiento de su situación actual, ni se les proporcionó instrucciones, ni entrenamiento en ningún procedimiento psicológico. Las dudas en relación a la enfermedad o tratamiento siempre fueron resueltas por el oncólogo.

Los objetivos de la intervención para los pacientes del grupo experimental fueron: (a) mantener actividades relevantes y reestablecer las rutinas cotidianas; (b) incrementar actividades gratificantes y funcionales; (c) eliminar conductas de enfermedad aprendidas; (d) modificar el patrón de evitación experiencial. Durante las sesiones, el terapeuta enseñaba al paciente a describir en términos contextuales sus rutinas cotidianas, sus emociones, preocupaciones y estado físico; y las relaciones entre lo que hace (o deja de hacer), siente, piensa y lo que ocurre en su entorno. Se identificaban tanto

las conductas saludables como los comportamientos problemáticos en el contexto en que ocurrían. Se prestó especial atención a las conductas de enfermedad y de evitación (de actividades cotidianas, pensamientos o emociones en relación a la enfermedad) que impedían al paciente restablecer su vida cotidiana y le apartaban de las circunstancias de las que podría depender un afrontamiento efectivo de sus problemas. Se buscaba, siempre, el compromiso del paciente (y allegados) con conductas saludables y, sólo cuando se carecía de repertorios adecuados, se entrenaban habilidades específicas (p.e. comunicación asertiva). El análisis funcional de la conducta de cada paciente constituyó el procedimiento fundamental para determinar las metas y tareas para cada caso y en cada sesión. Entre las técnicas más empleadas se destacan: la asignación de tareas, autoobservación y registro de conducta, el ensayo de conducta, el manejo de contingencias situacionales, la aceptación y distanciamiento de emociones y pensamientos. Los objetivos y tareas del grupo experimental se describen en la Figura 1.

Los protocolos de ambos grupos responden a los criterios éticos establecidos por la APA y el COP y fueron aprobados por el responsable del centro hospitalario en que se llevó a cabo el estudio.

- *Sesión 1:*
  1. Presentación y solicitud de consentimiento.
  2. Recogida de datos sociodemográficos y clínicos (diagnóstico y tratamientos)
  3. Entrevista y análisis contextual:
    - a) Síntomas y limitaciones derivados de enfermedad y tratamiento QT.
    - b) Emociones y pensamientos ante el diagnóstico y plan terapéutico.
    - c) Rutinas cotidianas (conductas relevantes / actividades gratificantes / conductas autocuidado de la enfermedad)
  4. Tarea para casa (responden siempre a las peculiaridades del caso de acuerdo con el carácter ideográfico de la terapia):
    - a) Registro del paciente de actividades cotidianas/emociones y pensamientos (programación periodo de registro).
  6. Evaluación por parte del paciente/familiares de lo aprendido en la sesión y aplicación de cuestionarios psicológicos
- *Sesión 2:*
  1. Recogida y revisión de registros del paciente (previo sesión terapéutica).
  2. Revisión de tareas para casa (registros)
  3. Análisis funcional de condiciones a continuación expuestas (según caso):
    - a) Síntomas y limitaciones derivados de enfermedad y tratamiento:
      - Descripción de síntomas. Identificación, frecuencia y/o cantidad y valencia.
      - Descripción de alternativas emprendidas para afrontar los síntomas y limitaciones.
      - Análisis eficacia de la alternativa (capacidad para reducir y/o eliminar síntomas/limitaciones; o para generar conductas valiosas mantenidas por K+naturales).
        - Reconocimiento de lo que puede y no ser cambiado (temporal y/o definitivamente). Identificación de los intentos de control (pensamientos / emociones). Reconocimiento de la eficacia/ineficacia de las estrategias de control. Identificación de las claves contextuales que facilitan y mantienen la evitación experiencial.
    - b) Rutinas cotidianas (cuidado personal, cuidado familia, ocupaciones domésticas, laborales, tiempo libre).
      - Descripción de rutinas de la vida cotidiana con anterioridad a la enfermedad.
      - Descripción de rutinas de la vida cotidiana actual y de las contingencias (públicas y privadas) que las fortalecen/debilitan.
      - Identificación de conductas de enfermedad (abandono y/o delegación actividades) y de contingencias que las mantienen.
      - Reconocimiento de lo que puede y no ser cambiado (temporal y/o definitivamente). Identificación de intentos de control (pensamientos / emociones) y de la eficacia/ineficacia de las estrategias de control.

Reconocimiento de conductas valiosas para paciente en relación a las rutinas cotidianas y relaciones interpersonales.

(continúa en página siguiente)

- c) Emociones y pensamientos ante la enfermedad y el tratamiento (sufrimiento físico, limitación objetivos personales, futuro propio, limitaciones para familiares/allegados, futuro familia).
- Descripción de emociones/pensamientos. Descripción de los contextos que los facilitan /inhiben.
  - Reconocimiento pensamientos/emociones de aceptación/ distanciamiento de la enfermedad
  - Identificación de los intentos de control de pensamientos / emociones. Descripción de las estrategias para ejercer control. Reconocimiento eficacia/ineficacia de estrategias de control. Identificación claves contextuales que facilitan y mantienen la evitación experiencial.
- En todos los ámbitos (a, b, c) el terapeuta persigue:*
- 1) incrementar tasa de conductas reforzadas naturalmente
  - 2) incrementar la sensibilidad del sujeto a las contingencias
  - 3) debilitar los intentos de control
  - 4) facilitar la aceptación y distanciamiento de los pensamientos y emociones
4. Tareas para casa (responden siempre a las peculiaridades del caso) (empleo de técnicas ad hoc):
- a) Programación de actividades relevantes del paciente mantenidas por reforzamiento natural. Contrato contingencias.
  - b) Programación de actividades gratificantes y funcionales.
  - c) Programación de conductas saludables (alternativas a conductas de enfermedad). Eliminación de contingencias ambientales que mantienen las conductas de enfermedad (contratos terapeuta/paciente/allegados).
  - d) Control síntomas enfermedad y tratamiento quimioterapia (recursos médicos y psicológicos).
5. Evaluación paciente aprendido en la sesión y aplicación de cuestionarios psicológicos.
- Sesiones 3 - 6.
- Se mantienen los objetivos y plan terapéutico de la sesión 2.
- Sesión 7: corresponde con el seguimiento a los tres meses.
- Evaluación de variables criterio.

**Figura 1:** Objetivos y procedimiento de la Terapia de Activación Conductual. Protocolo de sesiones.

## Análisis de datos

Segmentada la muestra por tipo de tumor (mama, pulmón), se obtuvieron los estadísticos descriptivos correspondientes en cada grupo control y experimental para cada variable y momento de evaluación.

Para la comparación de grupos se empleó la prueba t para muestras independientes, tras comprobar que se cumplían los criterios exigidos. En aquellos momentos de evaluación en los que la muestra fue pequeña ( $N < 20$ ), se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba U de Mann Whitney cuando no se cumplió el supuesto de normalidad.

Para conocer si existían diferencias en las variables medidas a través del tiempo inter e intra grupos se realizó un Anova factorial mixto, utilizando como factor intra, el tiempo, con cuatro niveles en los grupos con cáncer de pulmón y con seis niveles en los de mama (conforme al nº de sesio-

nes), y como factor inter, la asignación experimental (G.C. / G.E.). El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 15.0 para Windows.

## Resultados

### Pacientes con cáncer de pulmón

#### Síntomas

*Náuseas.* En ambos grupos en los momentos iniciales del tratamiento, se registra una frecuencia e intensidad leve del síntoma (valores promedio entre “nada” y “poco”) que desaparece en el seguimiento (Tabla 3). No se hallan diferencias entre grupos en ningún momento de medida ni a través del tiempo.

**Tabla 3:** Cáncer de pulmón. Síntomas; estado emocional y funcionalidad. Comparación grupos (t / U)

		1º ciclo QT		2º ciclo QT		3º ciclo QT		último ciclo QT		Seguimiento (3 meses)	
		M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U
Nauseas	GC			.80 ± 1.47		.75 ± 1.28		.44 ± 1.01		0 ± 0	
Post- int	GE			.82 ± 1.61		.23 ± .75		.23 ± .83		0 ± 0	
Pérdida	GC			.76 ± 1.60		.66 ± 1.55		.88 ± 1.76		2.50 ± 2.07	16*
Apetito.Frec.	GE			1.03 ± 1.66		.47 ± 1.32		.30 ± 1.10		.50 ± 1.41	
Pérdida	GC			.66 ± 1.46		.58 ± 1.37		.55 ± 1.33		1.37 ± 1.68	
Apetito.Int.	GE			.75 ± 1.29		.11 ± .33		.15 ± .55		.50 ± 1.41	
Alteración	GC			2.47 ± 1.99	197.50*	2.00 ± 2.08	63*	1.33 ± 2.00		.50 ± 1.41	
Sueño.Frec.	GE			.75 ± 1.29		.41 ± 1.06		.76 ± 1.53		.50 ± 1.41	
Alteración	GC			1.66 ± 1.49		1.16 ± 1.40	65.50*	.88 ± 1.45		.50 ± 1.41	
Sueño. Int.	GE			.85 ± 1.16		.29 ± .68		.69 ± 1.37		.50 ± 1.41	
Fatiga	GC			1.76 ± 1.94		1.16 ± 1.80		2.11 ± 2.02		2.00 ± 2.00	
Frec.	GE			1.14 ± 1.50		1.58 ± 1.69		1.61 ± 1.70		.75 ± 1.48	
Fatiga	GC			1.10 ± 1.44		.75 ± 1.35		1.00 ± 1.11		1.00 ± 1.30	
Int.	GE			.89 ± 1.28		1.11 ± 1.21		1.38 ± 1.60		.25 ± .46	
Cansancio	GC			2.28 ± 2.02		2.33 ± 2.05		3.11 ± 1.76		3.00 ± 1.85	

Frec.	GE		2.14 ± 1.79	2.11 ± 1.77	2.38 ± 1.60	1.87 ± 1.88
Cansancio	GC		1.60 ± 1.69	1.58 ± 1.72	2.55 ± 1.74	2.25 ± 1.75
Int.	GE		1.40 ± 1.30	1.50 ± 1.29	1.84 ± 1.46	1.62 ± 1.76
Dolor	GC		1.61 ± 1.96	1.41 ± 1.92	1.00 ± 1.85	1.71 ± 2.13
Frec.	GE		1.28 ± 1.73	1.11 ± 1.49	.76 ± 1.36	.50 ± 1.41
Dolor	GC		.94 ± 1.50	.72 ± 1.27	.50 ± .92	1.28 ± 1.70
Int.	GE		1.00 ± 1.41	.76 ± 1.03	.53 ± .96	.50 ± 1.41
Ansiedad	GC		1.76 ± 1.92	1.16 ± 1.80	72.50*	.66 ± 1.41
Frec.	GE		.67 ± 1.09	.11 ± .48	0 ± 0	0 ± 0
Ansiedad	GC		1.20 ± 1.64	.83 ± 1.52	.66 ± 1.41	.75 ± 1.48
Int.	GE		.53 ± .96	.11 ± .48	0 ± 0	0 ± 0
Depresión	GC		1.23 ± 1.81	1.50 ± 1.93	63.50**	1.11 ± 1.76
Frec.	GE		.53 ± 1.29	.11 ± .48	0 ± 0	.25 ± 1.83
Depresión	GC		.70 ± 1.30	.83 ± 1.26	66**	.77 ± 1.39
Int.	GE		.35 ± .86	.11 ± .48	0 ± 0	.12 ± .35
Cuidados Personales	GC		2.85 ± .35	2.91 ± .28	2.88 ± .33	2.62 ± .74
Actividad Doméstica	GE		2.82 ± .39	3.00 ± 0	2.92 ± .27	3.00 ± 0
Actividad Doméstica	GC	2.48 ± .69	192.50**	2.23 ± .76	2.25 ± .75	-2.71**
	GE	2.44 ± .80		2.28 ± .71	2.77 ± .42	2.33 ± .70
Actividad Ocio	GC	2.22 ± .68	2.09 ± .62	2.16 ± .57	-2.64**	2.11 ± .60
	GE	2.38 ± .57	2.35 ± .78	2.66 ± .48		2.84 ± .37
Relación Familiar	GC	2.94 ± .33	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0
	GE	2.97 ± .14	3.00 ± 0	2.94 ± .23	3.00 ± 0	3.00 ± 0
Relación Pareja	GC		3.00 ± 0	24	1.50*	3.00 ± 0
	GE		2.53 ± 1.07	2.33 ± 1.28	2.30 ± 1.31	2.62 ± 1.06
Relación Sexual	GC		2.76 ± .43	2.91 ± .28	60**	3.00 ± 0
	GE		2.25 ± 1.14	1.83 ± 1.38	1.69 ± 1.31	2.87 ± .35
Relación Amigos	GC		2.76 ± .43	2.91 ± .28	3.00 ± 0	2.75 ± .70
	GE		2.50 ± .83	2.33 ± 1.13	2.69 ± .85	3.00 ± 0

(\*) =  $p < .05$  // (\*\*) =  $p < .01$

*Falta de apetito.* Los datos sugieren, en ambos grupos, la escasa presencia de este síntoma durante el tratamiento y un incremento en el seguimiento (Tabla 3). Los análisis del anova de medidas repetidas confirman que la frecuencia con la que los pacientes refirieron el síntoma se modificó significativamente a través del tiempo ( $F(3) = 4.94$ ;  $p = .005$ ). No obstante, la falta de apetito es más acentuada en el G.C. y significativamente mayor a nivel estadístico que en el G.E. ( $p \leq .05$ ).

*Dificultad para dormir.* El G.C. presenta puntuaciones medias (“a veces”/“moderado”) que sugieren, en todos los momentos de medida, mayores dificultades para dormir que el G.E. (“raramente”/“poco”) (Tabla 3). Entre grupos, las diferencias son estadísticamente significativas en el segundo y tercer ciclo ( $p \leq .05$ ). En ambos grupos parece que las puntuaciones descienden a lo largo del tratamiento. Sin embargo, los resultados del anova de medidas repetidas no permiten atribuir los cambios al factor tiempo.

*Fatiga.* En el G.C. la intensidad de la fatiga se mantiene bastante estable en todas las evaluaciones (“poco”); no obstante, se experimenta con mayor frecuencia al final del tratamiento y en el seguimiento (“a veces”). En el G.E. la frecuencia y la intensidad del síntoma se diría que se incrementan ligeramente a lo largo del tratamiento y descienden en el seguimiento, aunque se refiere entre “nunca”/“nada” y “a

veces”/“moderado” (Tabla 3). A pesar de que la fatiga en ambos grupos parece evolucionar de forma contraria, ni la comparación de grupos ni el anova de medidas repetidas señalan diferencias estadísticamente significativas.

*Cansancio.* En ambos grupos se refiere con una frecuencia promedio entre “a veces” y “con frecuencia” y con una intensidad en torno a “moderado”. Aunque el G.C. presenta peores valoraciones (Tabla 3), los análisis no indican diferencias estadísticamente significativas entre grupos ni tampoco a lo largo del tiempo.

*Dolor.* El G.C. presenta valores moderados que tienden a disminuir durante el tratamiento e incrementarse al final y en el seguimiento. En el G.E. la tendencia de las puntuaciones tanto en frecuencia ( $M$  entre 0 y 2) como en intensidad ( $M$  entre 0 y 1) es a disminuir a lo largo de las evaluaciones. No obstante, ni los análisis de comparaciones entre grupos ni el anova de medidas repetidas señalan cambios estadísticamente significativos (Tabla 3).

#### Emociones

*Ansiedad.* Ambos grupos presentan puntuaciones medias más bajas a medida que avanza el tratamiento y en el seguimiento. En el G.C. las puntuaciones medias oscilan entre 0 (“nunca”/“nada”) y 2 (“a veces”/“moderado”) en todos los

momentos de evaluación. En el G.E. son menores de 1 (“raramente”/”poco”) durante el tratamiento y no se manifiesta en el seguimiento (Tabla 3).

*Ánimo deprimido.* En el G.E. ocurre algo similar al estado de ansiedad. En cambio en el G.C., las puntuaciones se mantienen bastante constantes durante el tratamiento y el seguimiento ( $M$  en frecuencia entre 0 y 2 y en intensidad entre 0 y 1) (Tabla 3).

Aunque, ninguno de los grupos parece presentar alteraciones emocionales frecuentes y de alta intensidad, el G.C. refiere un peor estado de ánimo. En particular en el tercer ciclo se encontraron diferencias significativas, tanto en frecuencia de ansiedad ( $p \leq .05$ ) como en ánimo deprimido (frecuencia e intensidad) ( $p \leq .01$ ). El anova de medidas repetidas no indica la significación de ningún factor.

#### Funcionalidad

*Actividad laboral.* En la mayoría de los pacientes, la situación previa a la enfermedad era de jubilación (G.C. = 56.8%; G.E. = 55.3%) seguido de aquellos que pasaron a baja laboral como consecuencia de la enfermedad. Puesto que esta situación no se vio alterada durante la intervención, esta variable no fue susceptible de análisis estadísticos.

*Actividad doméstica y de ocio.* Aunque inicialmente en los dos grupos hay cierta afectación (puntuaciones medias entre 2 (“debilita”) y 3 (“mantiene”), en el G.C. los valores tienden a disminuir levemente durante el tratamiento, mientras que en el G.E. se incrementan lo que sugiere una mayor recuperación de la actividad en este grupo (Tabla 3). Esto se con-

firma mediante los análisis de comparaciones entre grupos en la medida previa al primer y tercer ciclo en actividad doméstica ( $p \leq .01$ ) y en el tercer ciclo ( $p \leq .01$ ) y el seguimiento en ocio ( $p \leq .05$ ). Además, el anova de medidas repetidas apoya estas diferencias en la actividad de ocio indicando como el efecto del factor grupo fue significativo ( $F(1) = 9.52; p = .009$ ).

*Relaciones familiares.* En ambos grupos apenas hay alteración. Las puntuaciones se mantienen estables ( $M$  igual o cercanas a 3) en todos los momentos de medida (Tabla 3). Esta similitud entre grupos queda reflejada en la ausencia de diferencias significativas en los análisis estadísticos realizados.

*Relaciones de pareja y sexuales.* En el G.C., los valores promedios en los dos ámbitos indican la ausencia de cambios ( $M \leq 3$ ). En el G.E. parece observarse un mayor número de pacientes afectados en sus relaciones en los momentos finales del tratamiento (Tabla 3). Estas diferencias entre los grupos sólo son estadísticamente significativas en la medida previa al segundo ciclo ( $p \leq .05$ ) en las relaciones de pareja y en la medida previa al tercer ciclo ( $p \leq .01$ ) en las relaciones sexuales. El anova de medidas repetidas no indica cambios significativos.

Por último, señalar que, el ámbito del *cuidado personal* apenas se vio alterado en ninguno de los grupos, tan sólo se observa un cierto empeoramiento en el G.C. en el seguimiento ( $M = 2.62 \pm .74$ ) (Tabla 3) aunque, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas mediante los análisis estadísticos realizados.

**Tabla 4:** Cáncer de pulmón. Escalas de CV. HAD. QLQ-C30. Comparación grupos (t / U)

		1º ciclo QT		2º ciclo QT		3º ciclo QT		último ciclo QT		Seguimiento (3 meses)	
		M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U
IK	GC	86.32 ± 5.83		85.15 ± 6.71		84.54 ± 6.87		85.55 ± 7.26		83.33 ± 8.16	
	GE	88.00 ± 4.64		83.88 ± 7.77		85.71 ± 5.13		86.66 ± 5.16		86.66 ± 5.77	
Estado General	GC	6.38 ± 2.53		6.90 ± 2.09		6.33 ± 3.1	-2.36*	6.77 ± 2.48	-2.03*	6.25 ± 3.37	
	GE	7.04 ± 1.81		7.32 ± 1.76		8.35 ± 1.41		8.45 ± 1.39		7.75 ± 1.66	
Salud Percibida	GC	6.37 ± 2.47		5.85 ± 2.45		6.25 ± 2.70		7.00 ± 2.39		5.87 ± 3.09	
	GE	6.31 ± 2.03		7.00 ± 1.76		7.47 ± 1.46		7.92 ± 1.65		7.62 ± 1.68	
HAD-A	GC	6.57 ± 4.91	2.29*	4.21 ± 4.18		5.30 ± 5.73	2.33*	3.77 ± 4.29	1.94*	3.14 ± 5.11	
	GE	4.11 ± 3.99		2.95 ± 4.29		1.47 ± 1.66		.90 ± 1.22		2.71 ± 2.36	
HAD-D	GC	5.36 ± 5.09	1.74	4.35 ± 4.87		6.46 ± 7.37	2.45*	4.22 ± 5.47		3.57 ± 4.42	
	GE	3.52 ± 3.38		3.42 ± 3.94		1.35 ± 1.61		2.36 ± 3.13		3.28 ± 2.56	
HAD-T	GC	11.93 ± 9.21	2.21*	8.00 ± 7.96		11.76 ± 12.80	2.47*	8.00 ± 9.30		6.71 ± 9.49	
	GE	7.63 ± 6.52		6.38 ± 7.57		2.82 ± 2.83		3.27 ± 3.77		6.00 ± 4.58	
QLQ-C30	GC			78.94 ± 1.24		76.41 ± 1.04		76.29 ± 8.88		76.19 ± 12.08	
	GE			75.87 ± 7.14		76.27 ± 7.62		81.21 ± 1.24		79.04 ± 4.60	
QLQ-C30	GC			76.75 ± 23.17		75.64 ± 21.90	-2.87**	77.77 ± 26.02		79.76 ± 36.27	
	GE			82.53 ± 22.65		94.11 ± 13.09		93.93 ± 9.92		86.90 ± 23.49	
QLQ-C30	GC			67.54 ± 38.27		71.79 ± 38.11		77.77 ± 34.35		73.33 ± 31.91	
	GE			82.53 ± 27.62		87.25 ± 16.16		78.78 ± 31.70		66.66 ± 38.49	
QLQ-C30	GC			92.10 ± 17		92.30 ± 14.61		92.59 ± 12.10		85.71 ± 2.24	
	GE			86.50 ± 2.15		94.11 ± 11.69		90.90 ± 13.66		100 ± 0	
QLQ-C30	GC			82.45 ± 23.22		79.48 ± 34.79		90.74 ± 22.22		90.47 ± 25.19	
	GE			8.95 ± 29.94		87.25 ± 15.05		93.90 ± 11.23		95.23 ± 12.59	
QLQ-C30	GC			66.22 ± 29.97		71.15 ± 26.92		68.51 ± 23.11		72.61 ± 31.07	
	GE			69.04 ± 19.92		76.96 ± 16.01		68.18 ± 2.00		66.66 ± 31.91	

(\*) =  $p < .05$  // (\*\*) =  $p < .01$

*Estado General percibido.* En todos los momentos de medida, en general, las valoraciones medias son positivas. En el G.C. oscilan entre 6 y 7 y en el G.E. entre 7 y 8 (Tabla 4).

Las diferencias entre los grupos sólo son significativas en la medida previa a la administración del tercer ciclo ( $p < .05$ ) y último ciclo de quimioterapia ( $p \leq .10$ ), indicando una mejor

valoración del G.E. (Tabla 4). Aunque en el seguimiento las puntuaciones son ligeramente más bajas en ambas condiciones, el Anova de medidas repetidas no informa de cambios significativos a través del tiempo.

*Salud Peribida.* Los valores promedio en esta variable son positivos y similares a los referidos para el estado general. No se hallan diferencias significativas entre grupos ni a través del tiempo (Tabla 4).

*Índice de Karnofsky.* Las valoraciones promedio son positivas. Las puntuaciones medias se sitúan entre 80 y 90 en todos los momentos de medida en ambos grupos (Tabla 4). Aunque se observa un ligero descenso a medida que avanza el tratamiento, el factor tiempo no fue estadísticamente significativo. Tampoco se hallaron diferencias entre grupos.

*Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD).* Tanto en el HAD-A como en el HAD-D, en ambos grupos, se observa un descenso de las puntuaciones medias a medida que avanza el tratamiento. Se hallan diferencias estadísticamente significativas entre grupos en las puntuaciones en el HAD-A previas a la administración del primer, del tercer (ambos  $p < .05$ ) y último ciclo de quimioterapia ( $p < .10$ ); y en el HAD-D previas a la administración del primer y tercer de quimioterapia (ambos  $p < .05$ ), que indicarían una menor alteración emocional en el G.E. En todo caso, las puntuaciones en

todos los momentos de medida no indican presencia de patología ansiosa o depresiva con significación clínica ( $M < 8$ ) (Tabla 4).

*Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30.* En ambos grupos y en todas las subescalas de funcionamiento las puntuaciones medias, en general, son siempre  $>60$  (Tabla 4). Es la subescala de estatus global de salud la que presenta las puntuaciones medias más bajas en ambos grupos ( $M$  en torno a 70). Conforme al rango de las puntuaciones de cada subescala entre 0(-) y 100(+), se podría considerar que el grado de funcionalidad de los pacientes es satisfactorio. Los resultados del anova de medidas repetidas sugieren que en el G.E. se alcanza un mejor funcionamiento a lo largo del tiempo. Así, el factor tiempo resultó significativo en las subescalas de funcionamiento de rol (RF) ( $F(1.847) = 4.436$ ;  $p = .033$ ) y funcionamiento social (SF) ( $F(3) = 3.023$ ;  $p = .049$ ). Además, al cruzar el factor inter y el factor intra, se encontró interacción en RF ( $F(3) = 4.045$ ;  $p = .018$ ); lo que también sugeriría que mientras el G.C. empeora, el G.E. mejora a lo largo del tiempo. Mediante los análisis de comparaciones entre grupos sólo se hallan diferencias entre grupos en la subescala de funcionamiento emocional (EF) que informaría un mejor funcionamiento en el G.E. en la medida previa a la administración del tercer ciclo ( $p \leq .01$ ).

## Pacientes con cáncer de mama

**Tabla 5:** Cáncer de mama. Síntomas; estado emocional y funcionalidad. Comparación grupos ( $t/U$ )

		1º ciclo QT	2º ciclo QT	3º ciclo QT	4º ciclo QT	5º ciclo QT	último ciclo QT	Seguimiento
		$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$	$M \pm DT$ $t/U$
Náuseas Post-int	GC		.42 ± .98	.23 ± 2.20	.52 ± 1.07	1.16 ± 1.54	.50 ± 1.09	.92 ± 1.43
	GE		1.30 ± 1.75	1.33 ± 1.78	1.16 ± 1.68	1.68 ± 1.81	1.57 ± 1.82	.30 ± 1.10
Pérdida Apetito.Fr	GC		.46 ± 1.30	.86 ± 1.68	.63 ± 1.49	.83 ± 1.61	.83 ± 1.61	.42 ± 1.15
	GE		.90 ± 1.51	.94 ± 1.62	.61 ± 1.41	1.00 ± 1.78	1.07 ± 1.77	.53 ± 1.33
Pérdida Apetito. Int	GC		.44 ± 1.18	.30 ± .63	.26 ± .73	.66 ± 1.37	.66 ± 1.37	.35 ± 1.08
	GE		.65 ± 1.26	.83 ± 1.54	.66 ± 1.53	.68 ± 1.35	.64 ± 1.27	.46 ± 1.19
Alteración Sueño.Frec	GC		.88 ± 1.69	.91 ± 1.67	.63 ± 1.49	.66 ± 1.53	1.16 ± 1.82	.57 ± 1.45
	GE		1.20 ± 1.88	1.22 ± 1.73	1.33 ± 1.78	1.06 ± 1.65	1.14 ± 1.70	.91 ± 1.56
Alteración Sueño.Int.	GC		.48 ± 1.01	.43 ± .78	.31 ± .82	.38 ± .91	.72 ± 1.22	.28 ± .61
	GE		.70 ± 1.21	.88 ± 1.32	.88 ± 1.23	.75 ± 1.18	.78 ± 1.18	.66 ± 1.23
Fatiga Frec.	GC		.07 ± .39	.09 ± .42	1.31 ± 1.88	1.33 ± 1.94	1.33 ± 1.94	.78 ± 1.47
	GE		.30 ± .97	.22 ± .73	.66 ± 1.41	.75 ± 1.43	.85 ± 1.51	.76 ± 1.53
Fatiga Int.	GC		.03 ± .19	.04 ± .21	.57 ± 1.01	.66 ± 1.08	.61 ± 1.09	.35 ± .63
	GE		.25 ± .91	.29 ± .98	.72 ± 1.52	.56 ± 1.20	.85 ± 1.51	.30 ± .63
Cansancio Frec.	GC		2.03 ± 3.05	2.31 ± 1.88	3.15 ± 1.67 *	2.66 ± 1.81	2.44 ± 1.91	1.57 ± 1.94
	GE		1.55 ± 1.79	1.55 ± 1.65	1.94 ± 1.89	2.56 ± 1.86	3.00 ± 1.70	1.61 ± 1.70
Cansancio Int.	GC		.80 ± 1.13	1.09 ± 1.17	1.38 ± 1.14	1.22 ± 1.06	1.88 ± 1.77	.92 ± 1.20
	GE		.95 ± 1.27	1.33 ± 1.57	1.66 ± 1.78	1.43 ± 1.41	2.21 ± 1.62	.92 ± 1.03
Dolor Frec.	GC		.80 ± 1.47	1.34 ± 1.82	1.50 ± 1.82	.77 ± 1.55	1.56 ± 1.88	1.07 ± 1.59
	GE		.70 ± 1.49	.55 ± 1.33	1.58 ± 1.73	1.06 ± 1.69	1.35 ± 1.73	1.38 ± 1.89
Dolor Int.	GC		.44 ± 1.04	.61 ± 1.07	.73 ± 1.04	.41 ± 1.06	.64 ± .93	.78 ± 1.05
	GE		.60 ± 1.31	.50 ± 1.29	1.23 ± 1.43	.62 ± 1.14	1.35 ± 1.82	.69 ± .94



Ansiedad Frec.	GC		.77 ± 1.42	1.00 ± 1.62	.63 ± 1.49	.88 ± 1.71	1.11 ± 1.71	.85 ± 1.51
	GE		.85 ± 1.42	.77 ± 1.21	.72 ± 1.36	1.12 ± 1.62	.78 ± 1.36	1.07 ± 1.32
Ansiedad Int.	GC		.30 ± .61	.56 ± 1.03	.52 ± 1.26	.50 ± 1.04	.77 ± 1.39	.64 ± 1.21
	GE		.70 ± 1.21	.77 ± 1.26	.66 ± 1.32	.75 ± 1.18	.64 ± 1.21	1.00 ± 1.22
Depresión Frec.	GC		.74 ± 1.37	.60 ± 1.26	.94 ± 1.68	.83 ± 1.61	.83 ± 1.46	.28 ± .72
	GE		.70 ± 1.49	.55 ± 1.33	.77 ± 1.55	.75 ± 1.43	.85 ± 1.51	.76 ± 1.53
Depresión Int.	GC		.26 ± .53	.34 ± .71	.57 ± 1.16	.33 ± .76	.44 ± .85	.57 ± 1.45
	GE		.60 ± 1.18	.50 ± 1.20	.66 ± 1.41	.43 ± .89	.64 ± 1.21	.30 ± .63
Cuidados Personales	GC		2.85 ± .36	2.86 ± .34	2.78 ± .41	2.83 ± .38	2.66 ± .48	2.71 ± .46 *
	GE		2.80 ± .69	2.95 ± .23	2.94 ± .23	2.81 ± .40	2.85 ± .36	3.00 ± 0
Actividad Doméstica	GC	2.24 ± .51	2.51 ± .50	2.65 ± .48	2.63 ± .49	2.55 ± .51	2.66 ± .48	2.71 ± .46
	GE	2.32 ± .62	2.60 ± .59	2.77 ± .42	2.66 ± .48	2.68 ± .60	2.71 ± .46	2.92 ± .27
Actividad Ocio	GC	2.41 ± .62	2.48 ± .57	2.47 ± .51	2.42 ± .50	2.61 ± .50	2.55 ± .61	2.57 ± .51
	GE	2.48 ± .58	2.65 ± .58	2.77 ± .42	2.55 ± .61	2.81 ± .40	2.71 ± .46	2.84 ± .37
Relación Familiar	GC	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0
	GE	3.00 ± 0	3.00 ± 0	2.94 ± .23	2.61 ± .97	2.81 ± .75	3.00 ± 0	3.00 ± 0
Relación Pareja	GC		2.88 ± .57 *	2.86 ± .62 **	3.00 ± 0 **	3.00 ± 0	2.88 ± .47 *	2.85 ± .53 *
	GE		1.85 ± 1.46	1.88 ± 1.45	2.00 ± 1.45	1.93 ± 1.43	1.92 ± 1.49	1.84 ± 1.51
Relación Sexual	GC		2.38 ± .85	2.47 ± .79	2.63 ± .59 *	2.50 ± .70	2.55 ± .78	2.92 ± .26 *
	GE		1.80 ± 1.39	1.66 ± 1.37	1.66 ± 1.37	1.75 ± 1.39	1.71 ± 1.43	1.76 ± 1.48
Relación Amigos	GC		2.92 ± .38	2.91 ± .41	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0	3.00 ± 0
	GE		2.70 ± .73	2.94 ± .23	2.66 ± .76	2.68 ± .79	2.78 ± .80	2.84 ± .37

(\*) =  $p < .05$  // (\*\*) =  $p < .01$

#### Síntomas:

**Náuseas y pérdida de apetito.** El G.C. presenta puntuaciones promedio que sugieren una escasa presencia de ambos síntomas ( $M < 1$ ). El G.E. alcanza valores promedios más altos que indicarían la presencia de síntomas “moderados”/“a veces” (Tabla 5). En ambos grupos la sintomatología parece intensificarse a lo largo del tratamiento y descende en el seguimiento. No existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Pero sí resulta significativo en los análisis del anova de medidas repetidas el factor tiempo en las náuseas intensidad post-tratamiento ( $F(5) = 2.91$ ;  $p = .016$ ), lo que remarca el curso temporal señalado (Tabla 5)

**Fatiga.** Los valores promedio sugieren que inicialmente apenas está presente en ninguno de los grupos. Es a partir de la mitad del tratamiento cuando la fatiga se hace más frecuente e intensa, y más en el G.E. (Tabla 5). No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los resultados del anova de medidas repetidas indican significación para el factor tiempo (frecuencia:  $F(3,580) = 4.197$ ;  $p = .005$ ; intensidad:  $F(2,93) = 3.011$ ;  $p = .037$ ).

**Cansancio.** Es el síntoma que parece más relevante en cuanto a su frecuencia e intensidad en ambos grupos. Se incrementa a medida que avanza el tratamiento y aunque descende, continua presente en el seguimiento. En relación a la frecuencia durante el tratamiento, en el G.C. se refiere entre “a veces” (2) y “siempre” (4) y en el G.E. entre “nun-

ca” (1) y “con frecuencia” (3). En el seguimiento, en ambos grupos las medias son  $< 2$ . Respecto a la intensidad, los dos grupos presentan puntuaciones medias siempre por debajo de “moderado” (2) en todos los momentos de medida (Tabla 5). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la medida previa al cuarto ciclo ( $p \leq .05$ ) indicando un mayor cansancio en el G.C. La tendencia a empeorar del cansancio a través del tiempo parecería confirmarse por el anova de medidas repetidas y tanto en frecuencia ( $F(5) = 3.52$ ;  $p = .005$ ) como en intensidad ( $F(5) = 4.72$ ;  $p = .001$ ).

**Dolor.** Ambos grupos, en todos los momentos de medida los valores promedio indican una frecuencia e intensidad  $< 2$  (“a veces”/“moderado”), alcanzando los niveles más altos al final del tratamiento con quimioterapia (Tabla 5). No se hallan diferencias entre los grupos, pero el anova de medidas repetidas indica cambios atribuibles al tiempo en intensidad ( $F(5) = 2.39$ ;  $p = .042$ ), señalando como el G.E. mejora mientras que el G.C. empeora.

**Dificultades para dormir.** En ambos grupos, parece que la frecuencia e intensidad de este síntoma es baja ( $MD < 1$ ) y, aunque el G.E. parece tener valores promedios que indicarían más dificultades, los resultados de las comparaciones y del anova de medidas repetidas no indican diferencias entre ellos ni a través del tiempo.

*Variables emocionales.* En ambos grupos, tanto en estado de ánimo deprimido como ansioso las puntuaciones medias se mantienen más o menos constantes a lo largo de las distintas evaluaciones indicando una presencia e intensidad baja (Tabla 5). Esta estabilidad se constata en los análisis de comparación entre grupos y el anova de medidas repetidas que no indican diferencias estadísticas entre ellos ni por el efecto tiempo.

#### Funcionalidad:

*Actividad laboral.* La situación laboral más frecuente entre los pacientes de ambos grupos fue de baja laboral (G.C. = 48.3%; G.E. = 48%) y de amas de casa (G.C. = 41.4%; G.E. = 20%). Puesto que esta situación no se vio alterada durante la intervención, esta variable no se analizó.

*Actividad doméstica y de ocio.* En los dos grupos se observa un incremento de las puntuaciones promedio a lo largo del tratamiento y en el seguimiento (Tabla 5). Ello sugiere una paulatina recuperación de la actividad en los dos ámbitos. Si bien, más destacada en el G.E. en el que las medias están en “mantiene” (3). Sin embargo, ni los análisis de comparaciones entre grupos ni el anova de medidas repetidas indican diferencias significativas entre grupos.

*Relaciones familiares y de amistad.* El G.C. presenta puntuaciones medias en torno a 3 (“mantiene”) en todos los momentos de medida, lo que indica que apenas hay afectación en ninguno de los dos ámbitos. El G.E., en los momentos centrales del tratamiento, las puntuaciones indican afectación de las relaciones familiares, mientras que al final pare-

cen recuperarse ( $M = 3$ ). Por lo que se refiere a las relaciones de amistad las puntuaciones medias indicarían “cambios” en todos los momentos de medida (Tabla 5). Aunque se diría que el G.E. presenta un peor funcionamiento en los dos ámbitos, los análisis realizados no indican ni diferencias entre los grupos ni cambios significativos en las variables a través del tiempo.

*Relación de pareja y sexual.* Las puntuaciones medias en el G.C. indican el “mantenimiento” de las relaciones de pareja. El G.E. sí informa de “cambios” en todos los momentos de medida. Por lo que se refiere a las relaciones sexuales ambos grupos informan siempre de “cambios” y se diría más acentuado en el G.E. (Tabla 5). Estas diferencias entre grupos se hacen estadísticamente significativas en las relaciones de pareja en la medida previa al segundo ( $p \leq .05$ ), tercero, cuarto (ambos  $p \leq .01$ ), último ciclo de quimioterapia ( $p \leq .05$ ) y en el seguimiento ( $p \leq .05$ ), y en las relaciones sexuales, en la medida previa al cuarto ciclo y en el seguimiento (ambos,  $p \leq .05$ ). Estas diferencias también se observaron en el anova de medidas repetidas donde el factor grupo resultó significativo tanto para relaciones de pareja ( $F(1) = 7.917$ ;  $p = .009$ ) como para las relaciones sexuales ( $F(1) = 6.172$ ;  $p = .02$ ). Confirmando en todos los casos mayor alteración en el G.E.

*Cuidado personal.* Apenas se observa afectación en los grupos (Tabla 5). Ni las comparaciones entre grupos ni el anova de medidas repetidas muestran diferencias significativas durante el tratamiento. Sólo se hallan diferencias significativas en el seguimiento ( $p \leq .05$ ), indicando mejor funcionamiento en el G.E. (Tabla 5).

**Tabla 6:** Cáncer de mama. Escalas de CV. HAD. QLQ-C30. Comparación grupos (t / U)

		1º ciclo QT		2º ciclo QT		3º ciclo QT		4º ciclo QT		5º ciclo QT		último ciclo QT		Seguimiento	
		M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U	M ± DT	t/U
IK	GC	92.96 ± 6.08		9.43 ± 6.38		89.00 ± 6.40		88.00 ± 5.06		88.46 ± 5.54		87.85 ± 5.78		9.00 ± 0	
	GE	91.66 ± 5.64		9.55 ± 6.39		89.23 ± 6.40		88.46 ± 5.54		87.27 ± 6.46		88.18 ± 4.04		9.00 ± 0	
Estado General	GC	7.27 ± 1.70		7.59 ± 1.84		7.26 ± 1.91		7.21 ± 2.65		7.00 ± 1.69		7.22 ± 2.10		8.35 ± 1.49	
	GE	7.26 ± 1.95		7.38 ± 1.78		7.66 ± 1.32		7.05 ± 2.13		6.56 ± 2.44		7.64 ± 1.27		7.66 ± 1.61	
Salud Percibida	GC	7.75 ± 1.88		7.55 ± 2.08		7.17 ± 2.20		7.36 ± 2.08		7.29 ± 1.82		7.50 ± 1.68		8.00 ± 2.80	
	GE	7.17 ± 1.94		7.38 ± 2.03		7.50 ± 1.61		7.29 ± 2.11		6.50 ± 2.55		7.07 ± 1.27		6.83 ± 2.58	
HAD-A	GC	6.29 ± 4.35		5.61 ± 5.41		4.60 ± 4.29		4.26 ± 4.97		4.87 ± 5.01		4.00 ± 4.30		5.53 ± 5.37	
	GE	6.47 ± 4.28		7.23 ± 5.92		4.86 ± 3.85		5.87 ± 5.08		5.21 ± 5.38		5.70 ± 5.31		6.20 ± 5.65	
HAD-D	GC	2.39 ± 2.58 *		2.24 ± 3.08		2.23 ± 3.40		3.15 ± 4.83		2.93 ± 4.89		2.78 ± 3.57		3.35 ± 4.01	
	GE	4.36 ± 5.20		4.58 ± 5.16		3.73 ± 4.13		4.06 ± 5.06		3.38 ± 3.99		5.10 ± 5.64		4.30 ± 5.45	
HAD-T	GC	8.62 ± 6.38		7.32 ± 7.27		6.85 ± 6.41		7.42 ± 8.64		7.81 ± 8.71		7.00 ± 6.51		9.07 ± 8.63	
	GE	10.84 ± 9.22		11.82 ± 1.93		8.07 ± 7.49		9.93 ± 1.11		8.53 ± 9.22		10.80 ± 1.38		10.50 ± 1.84	
QLQ-C30 PF	GC			72.56 ± 6.62		73.33 ± 7.60		74.44 ± 8.00		74.80 ± 8.45		74.66 ± 9.49		73.80 ± 6.11	
	GE			73.70 ± 7.39		73.78 ± 7.75		73.33 ± 5.63		76.76 ± 6.27		78.15 ± 6.72		72.12 ± 5.00	
QLQ-C30 EF	GC			75.96 ± 26.38		82.93 ± 18.15		81.57 ± 22.83		79.90 ± 19.99		83.92 ± 18.62		85.89 ± 16.45	
	GE			67.12 ± 28.07		76.04 ± 19.92		70.83 ± 24.53		77.38 ± 2.26		72.72 ± 26.89		76.66 ± 25.39	
QLQ-C30 RF	GC			84.00 ± 23.31		88.09 ± 13.06		85.96 ± 16.90		87.25 ± 18.19		87.77 ± 19.38		85.71 ± 24.33	
	GE			82.40 ± 16.63		80.20 ± 17.44		77.08 ± 24.24		80.95 ± 17.11				77.77 ± 2.10	

		63.63 ± 34.00					
QLQ-C30	GC	91.02 ± 19.56 *	92.85 ± 13.51	91.22 ± 15.08	92.15 ± 13.33	88.88 ± 13.60	85.89 ± 2.23
CF	GE	84.25 ± 17.59	83.33 ± 19.24	83.33 ± 19.24	85.71 ± 17.11	76.66 ± 28.54	90.00 ± 17.91
QLQ-C30	GC	80.76 ± 28.16	87.30 ± 15.72	90.35 ± 15.02	85.29 ± 22.73	88.88 ± 19.58	90.27 ± 13.21
SF	GE	84.25 ± 27.09	79.16 ± 23.17	79.16 ± 21.51	85.71 ± 18.32	75.75 ± 25.12	70.00 ± 35.83
QLQ-C30	GC	70.19 ± 19.46	70.63 ± 2.00	75.43 ± 26.85	75.49 ± 24.37	76.11 ± 23.11	77.56 ± 26.43
QL	GE	75.46 ± 16.03	72.31 ± 21.83	74.47 ± 2.06	72.61 ± 23.89	74.24 ± 24.56	79.16 ± 19.73

(\*) =  $p < .05$  // (\*\*) =  $p < .01$

*Estado general percibido.* El G.C. presenta puntuaciones que, o bien, se mantienen constantes, o bien, bajan ligeramente durante el tratamiento ( $M$  entre 7 y 8) y se incrementan en el seguimiento ( $M > 8$ ). Los valores promedios del G.E. tienden a ser bastante estables a lo largo de todas las medidas ( $M$  entre 7.05 y 7.66) (Tabla 6). Esta tendencia se constata a través del Anova de medidas repetidas con la significación del factor tiempo ( $F(5) = 3.46$ ;  $p = .006$ ). Las comparaciones entre grupos no indican diferencias entre ellos.

*Salud percibida.* Ambos grupos parecen presentar puntuaciones similares (Tabla 6) y, aunque ligeramente más bajas en el G.E., se diría que los pacientes no observan un importante deterioro de su salud. Ni los análisis de las comparaciones entre grupos ni los resultados del anova de medidas repetidas indican diferencias entre ellos, ni cambios en la variable debidos al tiempo.

*Índice de Karnofsky.* En ambos grupos los valores promedio en los primeros ciclos de quimioterapia están por encima de 90 y, aunque descienden a lo largo del tratamiento, puede considerarse que el grado de funcionamiento/autonomía de los pacientes sigue siendo bueno (Tabla 6). En el seguimiento, también en ambos grupos vuelven a incrementarse los valores promedio ( $M = 90$ ). Esta similitud entre grupos se ratifica en las comparaciones de grupos y en el anova de medidas repetidas que no indican diferencias entre ellos pero tampoco a través del tiempo (Tabla 6).

*Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD).* Tanto en el HAD-A como en el HAD-D, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, a excepción de la medida previa a la administración del primer ciclo en el HAD-D ( $p \leq .10$ ) (Tabla 6). De todos modos, las puntuaciones en todos los momentos de medida no indican presencia de patología ansiosa o depresiva con significación clínica ( $M < 8$ ) (Tabla 6).

*Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30.* En todas las subescalas, las puntuaciones medias del G.C. se hallaron por encima de 70, sin superar 90 ó 95. En el G.E., las puntuaciones oscilaron entre 60 y 80 (Tabla 6). En general, parece que el G.E. presenta puntuaciones que indicarían un peor funcionamiento que el G.C. Se observan diferencias entre grupos en la escala de funcionamiento cognitivo (CF) en la medida previa al segundo ciclo de quimioterapia ( $p \leq .05$ ) y, en la escala de función de rol (RF) en la medida previa al último ciclo de quimioterapia ( $p \leq .05$ ). Además, en el

anova de medidas repetidas el factor grupo resultó significativo para RF ( $F(1) = 7.198$ ;  $p = .016$ ).

## Discusión

La pérdida de gratificaciones de la vida cotidiana y las continuas y cambiantes situaciones de estrés que entraña el cáncer se relacionan con la presencia de trastornos emocionales y adaptativos en los enfermos oncológicos (Foster, Wright, Hill, Hopkinson y Roffe, 2009; Salzer *et al.* 2009; Sammarco y Konecny, 2008; Mols, Vingerhoets, Coebergh y van de Poll-Franse, 2005; Faller y Schmidt, 2004; Sammarco, 2001). Asumiendo esta condición, este estudio tenía como objetivo evaluar la eficacia de una intervención orientada precisamente a promover la activación comportamental del paciente oncológico.

La intervención se diseñó conforme al procedimiento de la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, 1997; Jacobson *et al.*, 2001; Hopko *et al.*, 2005). La utilidad de este tratamiento con enfermos oncológicos y depresivos ha sido probada por Hopko (Hopko *et al.*, 2008). Sin embargo, no se conocen otros estudios que trabajen con pacientes oncológicos de reciente diagnóstico durante el tratamiento con quimioterapia. Por este motivo y con el objetivo de examinar la adecuación de la intervención, se decidió trabajar con dos poblaciones distintas en sus características clínicas y socio-demográficas.

Conforme a los objetivos de la intervención y la población con la que se intervino, se midió la eficacia de la intervención en relación a las condiciones que definen la calidad de vida del enfermo oncológico (síntomas, estado emocional, funcionalidad). Estos parámetros se evaluaron mediante autoinforme y cuestionarios estandarizados en cada sesión de tratamiento. Los datos del grupo de activación conductual se compararon con los de un grupo control en el que se empleó un mismo número de sesiones de igual duración que se dedicaron exclusivamente a la evaluación de la calidad de vida. Este grupo, en tanto que no recibió instrucción, ni entrenamiento en ningún procedimiento psicológico específico, ni una atención diferencial en relación a sus estrategias de afrontamiento, se consideró idóneo para descartar que los potenciales efectos de la activación pudieran atribuirse a la atención dispensada. Pero además, y en cuanto supuso para el paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones y emociones a una audiencia especializada, se entiende que pudo tener un valor terapéutico, aunque inespecífico. Preci-

samente por ello, este procedimiento no sólo ofrece garantías éticas como grupo control, sino que proporciona un valor añadido a los resultados del grupo de activación.

Los datos clínicos y sociodemográficos (género, edad, condición social) de los participantes permiten considerar que son representativos de las poblaciones oncológicas de las que se extraen (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Padierna et al., 2004); y no difieren estadísticamente las muestras experimental y control antes de la intervención. Por lo demás, el tamaño inicial de los grupos es suficiente para garantizar un adecuado control estadístico de los datos. En consecuencia, podría asumirse la generalización de los resultados. No obstante, la pérdida de muestra de enfermos con cáncer de pulmón por fallecimiento, aunque responda a la evolución de la enfermedad, sí puede limitar la potencia de los resultados.

Los resultados obtenidos con los enfermos con cáncer de pulmón constatan cambios significativos a lo largo del tiempo y diferencias entre los grupos que señalarían una mejor evolución y calidad de vida del grupo de activación conductual. Los síntomas de la enfermedad y tratamiento parecen experimentar una mejoría hacia la mitad del tratamiento oncológico en ambos grupos, lo que sin duda debe ponerse en relación con los efectos de la quimioterapia. No obstante, son los pacientes del grupo de activación quienes refieren síntomas menos intensos y menos frecuentes, aunque la reducción sólo fue estadísticamente significativa en relación al grupo control en pérdida de apetito y dificultades para dormir. La potencial influencia positiva de la intervención psicológica en el estado físico de los pacientes del grupo de activación tendría que ponerse en relación con los cambios comportamentales provocados en el paciente. En este sentido, se constata que el estado emocional del grupo de activación mejora. Evaluado mediante entrevista clínica, hacia la mitad del tratamiento, los pacientes experimentales refieren menos dificultades que los controles. Las puntuaciones obtenidas en el HAD son más positivas en el grupo experimental. A pesar de no sugerir patología clínica y, por tanto, ser menos susceptibles al cambio, sí se hallan en diferentes momentos diferencias estadísticamente significativas con el grupo control. Los mismos datos se obtienen a partir de la subescala de funcionamiento emocional (EF) del Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30). El estado emocional y síntomas como la dificultad para dormir, la pérdida de apetito y el cansancio han sido puestos en relación en repetidas ocasiones (Efficace et al., 2004; Luoma et al., 2003; Kramer et al., 2000; Coates et al., 2000). En todo caso, se entiende que no es ésta una relación exclusivamente bidireccional y que es la recuperación de actividades lo que juega un papel central en la mejora del estado de ánimo. Efectivamente, los pacientes asignados al grupo de activación recuperaron en mayor medida su actividad cotidiana y, en particular, incrementaron las actividades de ocio, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos a partir de la mitad del tratamiento con quimioterapia. Los análisis estadísticos señalan que el incremento en el ocio

es una condición diferencial del grupo de activación conductual. Tampoco se pierde de vista que la disponibilidad del paciente para aumentar el ocio es mejor si su estado físico lo permite y, en este sentido, la quimioterapia con los enfermos de cáncer de pulmón parece haber jugado un papel facilitador, si bien, no suficiente. Por otra parte, este incremento de las actividades de ocio está también facilitado por el entorno. El hecho de que mayoritariamente los pacientes sean varones, de mediana edad, jubilados o de baja laboral, con escasas responsabilidades domésticas y/o del cuidado familiar y con un satisfactorio apoyo social sugiere una mayor disponibilidad personal y del entorno para ocuparse en actividades de ocio. Además, la recuperación de las actividades cotidianas por el propio enfermo supone también un reforzamiento para la familia. De un lado, al reducirse las situaciones de dependencia. De otro, cuando el incremento de actividad se asume como una prueba del éxito terapéutico y alienta expectativas favorables sobre el tratamiento de la enfermedad.

A pesar de esto, hacia el final del tratamiento y en el seguimiento, hay un empeoramiento de la sintomatología. Este empeoramiento, podría ser explicado por el propio avance de la enfermedad e, incluso, por los efectos asociados a la toxicidad acumulada por la quimioterapia. Además, en estos momentos se producen el mayor número de fallecimientos con lo que la reducción del tamaño muestral afecta también a la significación de los resultados. Por lo que parecen necesarios análisis de secuencias temporales  $N=1$  para una mejor valoración de datos que, además tomados en conjunto, muestran una alta dispersión de valores en el post-tratamiento y seguimiento. En todo caso, se sostiene la eficacia y especificidad de la intervención, al menos, en cuanto al incremento de actividades gratificantes y relevantes para el paciente con cáncer de pulmón.

Para el conjunto de las pacientes con cáncer de mama, e independientemente de su asignación experimental, se diría que durante el tratamiento (y a diferencia de los pacientes con cáncer de pulmón) su estado físico empeoró como consecuencia directa de la toxicidad de la quimioterapia y sólo, una vez concluido el tratamiento, mejoró la valoración de su estado general. En particular, síntomas como las náuseas, pérdida de apetito, fatiga y cansancio aparecen y/o aumentan en intensidad y frecuencia con el tratamiento y será en el seguimiento cuando se reduzcan significativamente. Estos resultados son coincidentes con los observados por otros autores en estos pacientes y en esta fase del tratamiento (Groenvold et al., 2007; Ciaramella y Poli, 2001). Por lo que respecta al estado emocional y grado de funcionalidad en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, ambos grupos de pacientes presentan un nivel de ajuste aceptable desde el inicio del tratamiento y a lo largo del mismo. No se observa una importante variabilidad entre los datos aportados por ambos grupos. Otros estudios también coinciden en señalar que la mayor parte de las pacientes con cáncer de mama logran un grado de ajuste social y emocional satisfactorio durante el tratamiento oncológico (Burgess et al., 2005; Osborne, Els-

worth, Sprangers, Oort y Hopper, 2004; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik, y Massie, 1999).

En consecuencia, la ausencia de diferencias entre los grupos parece que compromete la utilidad de la activación conductual para promocionar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Ahora bien, los resultados deben leerse en las claves contextuales que definen a las pacientes con cáncer de mama de este estudio. En general, los datos indican que, desde el inicio del tratamiento, mantienen las actividades cotidianas que les son propias, con la excepción de aquellos casos que, por prescripción médica, permanecen de baja laboral. Este nivel de funcionalidad probablemente se ve favorecido por un estado físico, en general, satisfactorio al inicio de la quimioterapia. Las únicas molestias suelen ser las provocadas por la cirugía de la mama que, con frecuencia, se han resuelto en el momento en que se inicia la quimioterapia o evolucionan favorablemente. Será durante el transcurso de la misma cuando aparezcan síntomas que interfieren en mayor medida en sus ocupaciones, aunque algunos como los gastrointestinales ocurren sólo en los días posteriores a la administración de la quimioterapia. Por otra parte, el hecho de que estas pacientes sean mayoritariamente mujeres y con cargas familiares explica que tengan una mayor probabilidad (y/o necesidad) de mantener su actividad cotidiana. Las tareas domésticas y el cuidado de la familia siguen estando, mayoritariamente, a cargo de la mujer, de manera que estas actividades pueden resultar más difíciles de delegar o de asumir por otros. Pero también resulta gratificante para la mujer mantener las funciones que son relevantes en su vida, especialmente, cuando una enfermedad como el cáncer "amenaza" sus objetivos vitales. Tal es así que, incluso, a medida que se acumulan los efectos de la toxicidad de la quimioterapia y, en ambos grupos aumenta la sintomatología (el efecto tiempo resultó significativo en la evolución negativa del cansancio y la fatiga), no se observa ningún cambio relevante sobre la actividad cotidiana. Con la única diferencia, y estadísticamente significativa, en las relaciones

sexuales y de pareja que se refieren más alteradas en el grupo experimental. Esta circunstancia sólo se explicaría como resultado de un sesgo en el proceso de evaluación. La intervención en el grupo de activación pone al terapeuta y a la paciente en una situación de describir la topografía y funcionalidad de las conductas y, por tanto, facilita una valoración más objetiva y fiable de cada condición. Sin embargo, en el grupo control sólo se pide al sujeto una valoración (ya sea en la entrevista o mediante cuestionarios estandarizados) y, con frecuencia en presencia de familiares, lo que condiciona respuestas medidas por la discapacidad social. La misma condición se observó con los pacientes de cáncer de pulmón.

El mantenimiento de las actividades que se observa en ambos grupos, podría explicar que el estado emocional (evaluado en entrevista clínica, HAD y EORT) no se muestre especialmente alterado, ni se haya deteriorado significativamente durante el tratamiento (Hopko et al., 2008; Dow y Lafferty, 2000).

En definitiva, si entre las pacientes con cáncer de mama la eficacia de la intervención no parece sostenerse en relación al grupo control, se sugiere que las condiciones contextuales que explican la evolución física, emocional y de la funcionalidad de estas pacientes, lejos de invalidar los objetivos de la activación conductual, los ponen precisamente de relieve.

En todo caso, estos resultados, aunque sugieren el interés de los objetivos y la especificidad de los procedimientos de una intervención centrada en la activación conductual necesitan ser replicados. Sería adecuado indagar las características de los pacientes que harían idónea la intervención y, alternativamente, qué peculiaridades de la intervención (duración, momento de inicio...) mejorarían la eficacia y efectividad de la misma tanto con los pacientes de cáncer de pulmón y, más en particular, de mama. Además, se valora la utilidad de análisis de series temporales para abordar el problema que plantea la pérdida de datos por la alta mortandad natural de estos pacientes.

## Referencias

- Aaronson, N.K., Bullinger, M. y Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes J.C., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.L. y Valerdi, J. (1995). El Cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española *Revista Española de Psicología de la Salud*, 7, 13-33.
- Brintzenhofe-Szoc, K.M., Levin, T.T., Li, Y., Kissane, D.W. y Zabora, J.R. (2009). Mixed/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psyosomatics*, 50, 383-91.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramírez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702/bmj.38343.670868.D3. 19/11/09.
- Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knobf, M.T. y Erdos D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16, 278-293.
- Coates, A., Hurny, C., Peterson, H.F., Bernhard J., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R.D. y Goldhirsch, A. (2000). Quality of life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 3768-3774.
- Cody, M. (1994). Depression and the use of antidepressants in patients with cancer. *Palliative Medicine*, 4, 271-278.
- Croyle, R.T. y Rowland, J.H. (2003). Mood disorders and cancer: A National Cancer Institute perspective. *Biological Psychiatry*, 54, 191-194.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M.Y. y Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 15, 398-406.
- Efficace, F., Biganzoli, L., Piccart, M. J., Coens, C., Van Steen, K., Cufer, T., Coleman, R.E., Calvert, H.A., Gamucci, T., Twelves, C., Fargeot, P. y Bottomley, A. (2004). Baseline health-related quality of life data as

- prognostic factors in a phase III multicentre study of women with metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer*, 40, 1021-1030.
- Ciamarella, A. y Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*, 10, 156-165.
- Dow, K.H. y Lafferty, P. (2000). Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27, 1555-1564.
- Espantoso, R., Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Villoria, E., Gracia, J.M., Fernández, R., Peláez, I. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología*, 4, 43-57.
- Faller, H., Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psychooncology*, 13, 359-363.
- Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Gracia, J. M., Fernández, R., y Peláez, I. (2006). Calidad de vida informada en pacientes oncológicos paliativos. *Index de Enfermería*, 52-53, 30-34.
- Fischer, D.J., Villines, D., Kim, Y.O., Epstein, J.B. y Wilkie, D.J. (2009). Anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17. <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=du7r5178q544h332&size=largest>, 19/11/09.
- Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkinson, J. y Roffe, L. (2009). Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 18, 223-247.
- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L. y Petersen. L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38,183-199.
- Gilbert, F.J., Cordiner, C.M., Affleck, I.R., Hood, D.B., Mathieson, y Walker, L.G. (1998). Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer. *European Journal of Cancer*, 34, 2010-2014.
- Goodwin, J.S., Zhang, D.D. y Ostir, G.V. (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 106-111.
- Groenvold, M., Petersen, M.A., Idler, E., Bjorner, J.B., Fayers, P.M. y Mouridsen, H.T. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatments*, 105, 209-219.
- Hjerl, K., Andersen, E.W., Keiding, N., Mouridsen, H.T., Mortensen, P.B. y Jorgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44, 24-30.
- Hoey, L., Ieropoli, S., White, V. y Jefford, L. (2008). Systematic review of peer support programs for people with cancer. *Patient Education and Counselling*, 70, 315-337.
- Holzner, B., Kemmler, G., Cella, D., De Paoli, C., Meraner, V., Kopp, M., Greil, R., Fleischhacker, W.W. y Sperner-Unterweger B. (2004). Normative data for functional assessment of cancer therapy-general scale and its use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncologica*, 43, 53-60.
- Hopko, D. R., Bell, J.L., Armento, M. E. A., Hunt, M.K. y Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. y Lejuez, C.W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39, 126-136.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimigjian, S. (2001). Behavioural activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Karnofsky, D.A., Abelman, W.H., Craver, L.F. y Burchenal, J.H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Kramer, J.A., Curran, D., Piccart, M., de Haes, J.C., Bruning, P., Klijn, J., Van Hoorbeek, I. y Paridaens, R. (2000). Identification and interpretation of clinical and quality of life prognostic factors for survival and response to treatment in first-line chemotherapy in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 36, 1498-1506.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M.A. y Zeis, A.M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Luoma, M.L., Hakamies-blomqvist, L., Sjostrom, J., Pluzanska, A., Ottoson, S., Mouridsen, H., Bengtsson, N.O., Bergh, J., Malmström, P., Valvere, V., Tennvall, L. y Blomqvist, C. (2003). Prognostic value of quality of life scores for time to progression (TTP) and overall survival time (OS) in advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 39, 1370-1376.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J.W. y van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-26139.
- Mor, V., Laliberte, L. y Morris, J.N. (1984). The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 52, 2002-2007.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Sprangers, M.A., Oort, F.J., Hopper, J.L. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, 13, 191, 206.
- Padierna, C., Fernández, C., Amigo, I., Gracia, J. M., Fernández, R., Peláez, I., y Pérez, M. (2004). Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 191-204.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M. y Massie, M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and Medical Oncology gear up for managed care. Psychosomatics*, 40(1), 64-69.
- Salzer, M.S., Palmer, S.C., Kaplan, K., Brusilovskiy, E., Ten Have, T., Hampshire, M., Metz, J. y Coyne, J.C. (2009). A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 29. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19484712\\_30/10/09](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19484712_30/10/09).
- Sandoval, G.A., Brown, A.D., Sullivan, T. y Green, E. (2006). Factors that influence patient's overall perceptions of quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 18, 266, 274.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24, 212-219.
- Sammarco, A. y Konecny, L.M. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35, 844-949.
- Sarna, L., Brown, J.K., Cooley, M.E., Williams, R.D., Chernecky, C., Padilla, G. y Danao, L.L. (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19, 9-19.
- Schou, I., Ekeberg, Ø. y Ruland, C.M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14, 718-727.
- Sorensen, J.B., Klee, M., Palshof, T. y Hansen, H.H. (1993). Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *British Journal of Cancer*, 67, 773-775.
- Stiegelis, H.E., Ranchor, A.V. y Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. *Patient Education and Counselling*, 52, 131-141.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín-Aragón, M. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamientos de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16, 111-122.
- Teunissen, S. de Graeff, A., Voest, E.E. y de Haes, J.C. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21, 341-346.
- Yang, B.K., Crisci, A., Young, M.D., Silverstein, A.D., Peterson, B.L. y Dahm, P. (2005). Cross-sectional survey of long-term quality of life after radical perineal prostatectomy. *Urology*, 65, 120-125.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-368.

(Artículo recibido: 14-12-2009; revisión: 3-11-2010; aceptado: 6-11-2010)