



Universidad de Oviedo  
Departamento de Psicología  
Programa de Psicología

Tesis Doctoral

TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL  
PARA LA PREVENCIÓN DE LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES Y LA  
PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Erica Villoria Fernández

2012





Universidad de Oviedo  
Departamento de Psicología  
Programa de Psicología

Tesis Doctoral

TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL  
PARA LA PREVENCIÓN DE LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES Y LA  
PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Erica Villoria Fernández

Tesis dirigida por:

Dra. Concepción Fernández Rodríguez.  
Catedrática de la Universidad de Oviedo

2012





## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Terapia de Activación Conductual para la prevención de los trastornos emocionales y la promoción de la calidad de vida en pacientes oncológicos.	Inglés: Behavioral Activation treatment for the prevention of the emotional disorders and to promote the quality of life in cancer patients

2.- Autor	
Nombre: Erica Villoria Fernández	
Programa de Doctorado: Psicología	
Órgano responsable: Dpto. de Psicología	

### RESUMEN (en español)

Se parte del análisis contextual-funcional de los problemas del paciente oncológico y se analiza, la eficacia de la Terapia de Activación Conductual (AC) para la prevención de los trastornos emocionales y la promoción de la calidad de vida y, su adecuación y utilidad diferencial con pacientes con cáncer de pulmón y cáncer de mama durante el tratamiento oncológico. Se establecen como criterio de resultado clínico y estadístico: 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 recogieron mediante escalas estandarizadas (IK, HADS, QLQ-C30, BR-23 y LC-13), autoinformes y entrevista clínica en cada sesión de tratamiento y en seguimiento de tres, seis meses y anuales. Un total de 158 pacientes oncológicos, cáncer de mama (CM= 68) y cáncer de pulmón (CP= 90) de nuevo ingreso en el Servicio de Oncología del Hospital de Cabueñes de Gijón (SESPA, Asturias), se seleccionaron de forma consecutiva independientemente del estadio inicial de la enfermedad y cuando el tratamiento oncológico a seguir fue quimioterapia. Los pacientes que dieron su consentimiento informado se asignaron de forma aleatoria a los grupos experimental (GE: CM= 33; CP= 50) y control (GC: CM= 35; CP= 40). Para el GE de Activación Conductual se diseñó un protocolo específico para incrementar actividades relevantes y comportamientos saludables, eliminar conductas de enfermedad aprendidas y modificar el patrón de evitación experiencial. La intervención, en cada caso particular, se diseñó sobre el análisis funcional de las conductas clínicamente relevantes conforme a la lógica contextual de la Activación Conductual. En el GC, se evaluó la calidad de vida y los efectos psico-sociales de la enfermedad y tratamiento, sin ofrecer nunca asesoramiento o tratamiento psicológico. Ambas condiciones recibieron un total de seis sesiones de tratamiento individuales, de una hora de duración en el contexto hospitalario coincidiendo con las sesiones de quimioterapia. Resultados: Los análisis de comparación inter e intra grupos (MLG y MLM) indican que entre los pacientes con cáncer de pulmón, el GE presenta clínica y estadísticamente de forma significativa menor sintomatología, mejor estado emocional y valoraciones de calidad de vida y, recuperación del funcionamiento, especialmente, en los ámbitos de ocio y doméstico. Entre los pacientes con cáncer de mama no hay diferencias entre grupos. Conclusiones: para ambas muestras (CP y CM), el efecto de la intervención psicológica durante el tratamiento con quimioterapia en la promoción de la calidad de vida y en el ajuste emocional, se pondría en relación con el mantenimiento/recuperación de las actividades relevante y gratificantes de la vida cotidiana de los pacientes.



## RESUMEN (en Inglés)

Starting on a functional-contextual analysis of the problems of cancer patients, analyzing the efficacy of the Behavioural Activation Therapy for the prevention of emotional disorders and to promotion of the quality of life and its appropriateness and utility from lung cancer patients and breast cancer patients during cancer treatment. Establishing as statistical and clinical outcome criterion: frequency and intensity of the illness symptoms and/or medical treatment; affectation of personal autonomy, daily life activity, leisure, work activity, family and social relationships and emotional disturbances. Datas were collected through standardized scales (IK,HADS, QLQ-C30, BR-23 y LC-13), self-report and a clinical interview in each of the treatment sessions and three, six months and annual follow-ups. A total of 158 cancer patients, breast cancer patients (BC=68) and lung cancer patients (LC=90), of new admission to the Oncology Section Hospital Cabueñes Gijon (SESPA, Asturias), were selected consecutively, independently of initial stage of the disease and when cancer treatment to follow was chemotherapy. Patients who gave informed consent were randomly assigned to experimental group (EG: BC = 33, LC = 50) and control group (CG: BC = 35, LC = 40). For the subjects of the Behavioral Activation EG, a specific protocol was designed to increase relevant activities and healthy behaviors, eliminating disease behaviors learned and modify the pattern of experiential avoidance. The intervention, in each case, was designed on the functional analysis of relevant clinical behaviors under contextual logic of Behavioral Activation. In the CG, the quality of life and psychosocial effects of illness and treatment was assessed, without ever offering counseling or psychological treatment. Both conditions received a total of six individual treatment sessions of one hour in the hospital context in conjunction with sessions of chemotherapy. Results: The comparison analysis inter and intra groups (GLM and MLM) indicate that among lung cancer patients, the EG shows clinically and statistically significantly less symptoms, better emotional state and quality of life assessments and recovery functioning, especially in the fields of leisure and domestic life. Among breast cancer patients there are no differences between groups. Conclusions: For both samples (LC and BC), the effect of psychological intervention during treatment with chemotherapy in promoting quality of life and emotional adjustment, would relate to the maintenance /recovery of relevant and rewarding activities of daily life in cancer patients.



*A mis padres*

*“En este mundo traidor nada es verdad ni mentira  
todo es según el color del cristal con que se mira”*

Ramón de Campoamor.





# AGRADECIMIENTOS

---

Este trabajo constituye uno de los logros más importantes y gratificantes de mi vida, y es necesario reconocer a todos aquellos que lo han hecho posible. A todos ellos gracias.

**A mi familia y amigos.** En especial, a mis padres, pilar básico, por ser un modelo de respeto, esfuerzo, constancia y sobre todo de amor. Y a mi hermana por ser el hombro implacable en los momentos difíciles. Os agradezco vuestro apoyo, paciencia y cariño.

**A mi directora de tesis,** la profesora Concha Fernández Rodríguez, motor y guía de este trabajo. Gracias por tus conocimientos, enseñanzas y consejos. Gracias por tu gran calidad profesional y, especialmente por tu gran calidad humana. Gracias por tu apoyo, ánimo, consuelo y confianza.

**Al personal de la Unidad de Oncología del Hospital de Cabueñes de Gijón (SESPA, Asturias)** (presente y pasado), por hacer posible este trabajo con su colaboración, respeto y cariño.

- **A los oncólogos:** Jose Manuel Gracia Marco, Roberto Fernández Martínez, Ignacio Peláez Fernández.
- **A las enfermeras:** Carmen y Laly. A las incorporaciones posteriores: Angeles, Ana, Luisa. Y a los que pasaron temporalmente: Alfonso y Ana.
- **A las auxiliares de enfermería:** Ana, Begoña y Gloria
- **A las celadoras:** Belén, Mar y Paz.
- **A la secretaria:** Pili.
- **A otros profesionales** que directa o indirectamente hicieron más fácil y agradable mi camino por el hospital.

A todos ellos mi reconocimiento como grandes profesionales y trabajadores pero sobre todo grandes compañeros. Gracias por vuestra paciencia y afecto.

**A la psicóloga clínica** Celina Padierna Sánchez por orientarme en el inicio y por su incondicional participación en ello. Gracias por ser una gran compañera y por compartir experiencias, conocimientos, trabajo y apoyo.

**A otros profesionales de la universidad:**

- **A la profesora** Paula Fernández García por su contribución a este trabajo, en los análisis estadísticos. Gracias por su intensa dedicación, esfuerzo y por su apoyo.
- **A mis compañeros becarios**, por su apoyo, consejos y buenos ratos.

*Por último, y la columna vertebral de este trabajo:*

**Los pacientes y sus familias.** Gracias por vuestra colaboración, atención, entrega, respeto y sobre todo por vuestro cariño. Gracias por darle sentido a este trabajo y por mostrarme el amplio abanico de valores de la vida. Gracias por reafirmar la pasión por esta profesión.

# INDICE

---

## PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. CÁNCER.....	17
2.1 Definición, desarrollo y causas.....	17
2.2 Epidemiología.....	20
2.2.1 Incidencia del cáncer.....	20
2.2.2 Mortalidad por cáncer.....	22
2.2.3 Supervivencia y prevalencia.....	25
2.3 Diagnóstico.....	28
2.3.1 Diagnóstico clínico.....	28
2.3.2 Diagnóstico histopatológico.....	30
2.3.3 Estadiaje.....	30
2.3.4 Factores pronósticos.....	32
2.4 Tratamientos.....	32
2.4.1 Cirugía.....	33
2.4.2 Radioterapia.....	34
2.4.3 Quimioterapia.....	35
2.4.4 Hormonoterapia.....	36
2.4.5 Inmunoterapia.....	37
2.5 Cáncer de mama y cáncer de pulmón.....	37
2.5.1 Cáncer de mama.....	37
2.5.1.1 Epidemiología	
2.5.1.2 Etiología y factores de riesgo	
2.5.1.3 Historia natural	
2.5.1.4 Síntomas y signos	
2.5.1.5 Factores pronóstico	
2.5.1.6 Tratamientos	

2.5.2	Cáncer de Pulmón. ....	44
2.5.2.1	Epidemiología	
2.5.2.2	Etiología y factores de riesgo	
2.5.2.3	Historia natural	
2.5.2.4	Síntomas y signos	
2.5.2.5	Factores pronóstico	
2.5.2.6	Tratamientos	
<b>3.</b>	<b>FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO</b> .....	<b>52</b>
3.1	Fases.....	53
3.1.1	Fase de sospecha y diagnóstico .....	53
3.1.2	Fase de tratamiento.....	65
3.1.3	Fase post-tratamiento (Libre de enfermedad/ Supervivencia) .....	81
3.1.4	Fase de recidiva, progresión y enfermedad terminal.....	92
	<b>INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA CONTEXTUAL-FUNCIONAL</b> .....	<b>102</b>
4.1	Perspectiva funcional y contextual.....	103
4.2	La Activación Conductual.....	105
	<b>PARTE EMPÍRICA</b>	
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>117</b>
<b>5.</b>	<b>VARIABLES</b> .....	<b>118</b>
6.1	VARIABLES DE CONTROL.....	118
6.1.1	Variables sociodemográficas.....	118
6.1.2	Variables clínicas.....	118
6.1.3.	Variables sobre el conocimiento y recuerdo de la información sobre la enfermedad y los tratamientos oncológicos.....	119

6.2 VARIABLES CRITERIO DE EFICACIA.....	119
6.2.1. Síntomas percibidos por el paciente.....	119
6.2.2 Variables emocionales y preocupaciones percibidas por el paciente .....	120
6.2.3 Alteraciones percibidas en la rutina cotidiana .....	121
6.2.4 Valoraciones globales de calidad de vida realizadas por el paciente .....	122
6.2.5 Valoraciones globales realizadas por el médico.....	122
6.2.6 Cuestionarios estandarizados.....	122
6.3 VARIABLES CRITERIO DE ESPECIFICIDAD DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL.....	125
6.4 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	125
6. <b>MÉTODO</b> .....	126
7.1 PARTICIPANTES.....	126
7.2 INSTRUMENTOS.....	129
7.3 PROCEDIMIENTO.....	133
7.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	143
7. <b>RESULTADOS</b> .....	148
8.1 Estudio descriptivo de la muestra.....	148
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
8.1.1 Características sociodemográficas.....	148
8.1.1.1 Descripción general de la muestra	
8.1.1.2 Descripción de los grupos	
8.1.2. Características clínicas .....	149
8.1.2.1 Descripción general de la muestra	
8.1.2.1 Descripción de os grupos	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
8.1.3 Características sociodemográficas .....	153
8.1.3.1 Descripción general de la muestra	
8.1.3.2 Descripción de los grupos	
8.1.4 Características clínicas. ....	154
8.1.4.1 Descripción general de la muestra	
8.1.4.2 Descripción de los grupos	
8.1.5 Conocimiento y recuerdo sobre la enfermedad y los tratamientos que van a poner tras la primera consulta con el oncólogo .....	155

8.1.6 Valoraciones globales y puntuaciones en las subescalas del cuestionario QLQ-C30 y módulos específicos (LC13 y BR23). .....	156
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
8.1.7 Estado emocional evaluado mediante el HADS .....	160
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
8.2 Estudio de la equivalencia de ambos grupos, en cada tipo de tumor, en las variables sociodemográficas, clínicas, valoraciones globales realizadas por el paciente y en las subescalas del cuestionario HADS.....	162
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
8.2.1 Características sociodemográficas .....	162
8.2.2 Características clínicas .....	162
8.2.3 Valoraciones globales realizadas por el paciente y puntuaciones en las subescalas del cuestionario HADS.....	163
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
8.2.4 Características sociodemográficas .....	164
8.2.5 Características clínicas .....	165
8.2.6 Valoraciones globales realizadas por el paciente y puntuaciones en las subescalas del cuestionario HADS.....	165
8.3 Estudio de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE), en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento.....	167
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
Estudio del estado de la muestra, en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento, mediante la descripción de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE) en cada tipo de tumor (cáncer de pulmón/cáncer de mama), en relación a síntomas, estado emocional, preocupaciones y nivel de funcionamiento/actividad. ....	214
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
8.4.1 Síntomas.....	214
8.4.2 Estado emocional .....	221
8.4.3 Preocupaciones .....	225
8.4.4 Nivel de funcionamiento/actividad.....	226
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
8.4.5 Síntomas.....	229
8.4.6 Estado emocional .....	240
8.4.7 Preocupaciones .....	245
8.4.8 Nivel de funcionamiento/actividad.....	247

8.5 Evaluación del cambio experimentado de los pacientes del GE de ambas muestras (cáncer de pulmón/ cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, del primer seguimiento en las condiciones seleccionadas por su interés tras los análisis previos.....	251
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DEMAMA	
Estudio descriptivo de caso (N=1), exclusivamente de los pacientes del GE, de ambas muestras (cáncer de pulmón y cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, un seguimiento.....	256
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
Exposición de cuatro casos del GE, dos pacientes con cáncer de pulmón y dos pacientes con cáncer de mama. Se expone detalladamente el procedimiento de intervención psicológica llevado a cabo con pacientes que finalizaron la intervención psicológica y cuenta, al menos, con un seguimiento.....	287
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN	
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	
<b>8 DISCUSIÓN.....</b>	<b>322</b>
<b>9 SESGOS Y LIMITACIONES.....</b>	<b>345</b>
<b>10 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>347</b>
<b>11 CONCLUSIONES.....</b>	<b>348</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>351</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>381</b>
ANEXO I: INSTRUMENTOS.....	383
ANEXO II: tablas clínicos y sociodemográficos.....	405
ANEXO III: tablas descriptivos y análisis MLG y MLM.....	413
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN.....	415
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	474
ANEXO IV: descriptivos entrevista.....	543
A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN.....	545
B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	553





# **PARTE TEÓRICA**



## 1. INTRODUCCIÓN

---

El objetivo general de este trabajo de tesis doctoral ha sido analizar la eficacia de una intervención psicológica basada en la Terapia de Activación Conductual en pacientes oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia, para la prevención de los trastornos emocionales y la promoción de la calidad de vida en pacientes oncológicos. Este objetivo, se justifica por los resultados obtenidos en numerosos estudios presentes en la literatura que señalan como a lo largo del tratamiento oncológico el paciente experimenta toda una serie de cambios fisiológicos, emocionales y comportamentales, que pueden afectar de forma importante a su calidad de vida. Estos cambios, pueden explicarse por las propias dificultades derivadas de la enfermedad y/o tratamiento (síntomas, estado físico, efectos del tratamiento...), pero también pueden verse facilitados y/o mantenidos por el contexto social y sanitario del paciente. En particular cuando se asume un “rol de enfermo”, con frecuencia facilitado y/o mantenido por el entorno, ocurren toda una serie de abandonos de actividades relevantes y responsabilidades de la vida diaria, que conllevan la pérdida de gratificaciones y, con ellas, la aparición de alteraciones emocionales.

A través de diferentes trabajos, la intervención psicológica, parece haber mostrado un papel positivo en el afrontamiento de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico. No obstante, en muchos casos las limitaciones metodológicas no permiten ser del todo concluyentes sobre las condiciones que explican la utilidad de la intervención psicológica. Teniendo en cuenta los resultados de la literatura, se propone una intervención sobre la base de una explicación contextual y funcional de los problemas del paciente oncológico. Y se opta por un diseño de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual (Hopko et al., 2011; Hopko, Lejuez, Ruggiero y Heifert, 2003; Jacobson, Martell y Dimigjian, 2001; Lejuez, Hopko y Hopko, 2002; Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y Mcneil, 2001). Se pretende implementar un procedimiento terapéutico que ponga al paciente frente a la enfermedad y, sin presuponer psicopatología ni olvidar las limitaciones derivadas de la enfermedad y/o tratamiento, pueda aprender a observar su conducta, identificar las condiciones que la hacen más o menos probable y mediante un compromiso activo mantenga y/o incremente las actividades relevantes y gratificantes de su vida. Se buscaría así un incremento de conductas “antidepresivas”. Se asume, que en la medida que el paciente mantenga las actividades valiosas en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana, se facilita el ajuste emocional y la calidad de vida.

Para evaluar la eficacia, adecuación y especificidad del protocolo de Activación Conductual en pacientes oncológicos, se trabaja con dos poblaciones, pacientes con cáncer de mama y pacientes con cáncer de pulmón, por ser dos de los diagnósticos más frecuentes, y por las diferencias en sus características clínicas y sociodemográficas, puesto que éstas pueden mediar en la condición y afrontamiento de la enfermedad. Se utiliza como condición control, un grupo de pacientes con las mismas características clínicas y sociodemográficas, en el que se invierte el mismo número de sesiones para la evaluación de la calidad de vida y los efectos psico-sociales de la enfermedad y/o tratamiento oncológico. Los grupos experimentales recibirán intervención específica ajustada a cada caso, centrada en el análisis funcional de la

## *Introducción*

conducta del paciente, con el objetivo de lograr la activación y compromiso del sujeto en actividades que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas para el mantenimiento/ incremento de las conductas relevantes y gratificantes de la vida del paciente, eliminar conductas de enfermedad aprendidas y modificar el patrón de evitación experiencial.

La utilidad de la intervención experimental se analiza en relación a los datos del post-tratamiento y seguimientos.

## 2. CÁNCER

---

### 2.1 Definición, desarrollo y causas.

El cáncer no es una única enfermedad, sino que engloba toda una serie de enfermedades con etiología, localización, sintomatología, factores de riesgo, tratamientos y supervivencia diferentes. Además, no se trata de una enfermedad estática sino que es un proceso que va desde la aparición de las primeras mutaciones en las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final. A todo este proceso evolutivo se le denomina historia natural y consta de cuatro etapas:

- 1) Fase de inducción: consiste en una serie de cambios celulares que proporcionan a las células sus características de malignidad, multiplicidad descontrolada e invasividad. Es la etapa más larga, asintomática y no diagnosticable. Puede tener una duración de hasta 30 años.
- 2) Fase “in situ”: presenta lesión cancerosa microscópica en el tejido donde se ha originado y no suele ir asociada a sintomatología. Esta etapa puede durar en adultos entre cinco y diez años. Puede ser detectada en algunos casos.
- 3) Fase de invasión local: la lesión se extiende más allá de su lugar de origen, invadiendo tejidos u órganos adyacentes. Puede durar en adultos, entre uno y cinco años.
- 4) Fase de invasión a distancia: las células malignas se desprenden del tumor original, propagándose a través del sistema circulatorio y/o linfático, a otros puntos del organismo, pudiendo quedar acumuladas en otro lugar provocando otro tumor similar al original. Esto es lo que se denomina metástasis. En ellas es fundamental el proceso de angiogénesis, que consiste en la formación de nuevos capilares que penetran dentro de los tumores proporcionando nutrientes y oxígeno. Este sistema vascular será indispensable para garantizar el crecimiento y la supervivencia de la masa tumoral.

Las causas que pueden dar lugar a alteraciones en las células pueden englobarse en dos grupos: factores exógenos y factores endógenos.

· Los factores exógenos: son la causa principal en el desarrollo tumoral (entre el 70% y el 90% de los cánceres) y suelen ser producto del estilo de vida del ser humano (Sankpal et al., 2012). Pueden ser agentes químicos o físicos.

1) Tabaco: es considerado uno de los factores de riesgo más importantes en el cáncer, y responsable del 30% de las muertes. Su consumo se considera causante del 90% de los cánceres de pulmón.

Según la OMS, además del cáncer de pulmón, el tabaco se ha relacionado con otros muchos tumores, fundamentalmente de cavidad oral, faringe, laringe, esófago (75-90%), pero también de vejiga, páncreas, riñón, y probablemente con los tumores de estómago, intestino, hígado, cuello uterino, mama, leucemias y otros.

2) Alcohol: En países desarrollados parece estar relacionado con el 3% de las muertes por cáncer. Un consumo excesivo suele asociarse a factores que pueden potenciar la aparición de neoplasias, como son, una alimentación carente de vitaminas, frutas y verduras y una higiene buco-dental insuficiente.

Parece incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de cavidad oral, laringe, faringe, esófago e hígado y, recientemente, se ha asociado con cáncer de mama y colon. Se estima que un 5% de los cánceres de mama en mujeres europeas podría estar relacionado con un consumo excesivo de alcohol.

Además, el consumo simultáneo de alcohol y tabaco, parece incrementar el riesgo de cáncer hasta en 35 veces.

3) Dieta: Existen muchas discrepancias en cuanto a la relación dieta-cáncer. Existen datos que parecen indicar una asociación entre la nutrición y determinados tipos de tumores, pero que se desconocen los mecanismos por medio de los cuales la dieta afecta al desarrollo del cáncer (Irigaray et al., 2007; Sankpal et al., 2012)

La relación entre dieta y cáncer se ha puesto de manifiesto por dos vías fundamentalmente:

a) presencia de carcinógenos naturales o productos derivados del proceso de cocinado, preparación y conservación de los alimentos. Se han propuesto diferentes agentes como posibles factores asociados al cáncer: consumo de grasa animales y carnes rojas; pesticidas naturales producidos por las plantas como defensas; factores relacionados con la conservación, manufactura y preparación de los alimentos; antioxidantes, colorantes, potenciadores del sabor, edulcorantes artificiales, etc.; obesidad, especialmente en relación al cáncer de mama, endometrio, próstata y colon. Se estima que en Europa un 5% de nuevos casos de cáncer podrían ser atribuidos a este factor, 3% en hombres y 6% en mujeres.

b) efecto protector de algunos nutrientes o componentes de la dieta. Se ha hablado de la fibra, sugiriendo que un consumo elevado protege el colon y el recto por el incremento del volumen fecal y la disminución del tiempo de tránsito, disminuyendo así el contacto de carcinógenos con la mucosa intestinal; vegetales y fruta fresca, con un posible efecto protector del cáncer de estómago, pulmón y endometrio; y micronutrientes, como retinoides, beta-carotenos, vitaminas E y C, selenio, cinc y calcio.

4) Factores ocupacionales: se estima que un 5% de los tumores malignos se asocian a la exposición a productos carcinógenos en el ámbito laboral. Estos tumores presentan un largo periodo de latencia entre la exposición y el diagnóstico clínico, que puede oscilar entre pocos años y hasta 40 años, con una especificidad de cada carcinógeno por uno o más órganos-diana, siendo los tumores más frecuentes los de pulmón, mesotelios, vejiga, leucemias y linfomas, piel, hueso e hígado.

La intervención en este ámbito se ha destinado fundamentalmente a la prevención y por, lo general, mediación de programas informativos y/o educativos en diferentes contextos comunitarios y a cargo de personal sanitario y/o docente.

5) Contaminación ambiental: distintos aspectos como la polución derivada de la contaminación industrial, la combustión de carburantes y contaminación de interiores, secundaria a la acumulación de radón y humo de tabaco, podría asociarse con el 2% del total de los cánceres y el 10% de los cánceres de pulmón. Parece, por tanto, que muchos agentes ambientales pueden influir en el funcionamiento correcto del metabolismo lo que podría influir en el riesgo de desarrollar un proceso carcinógeno (Wogan, Hecht, Felton, Conney y Loeb, 2004).

6) Radiaciones: se puede hablar de 2 tipos de radiaciones: ionizantes y ultravioletas.

Parece que las fuentes de radiaciones ionizantes naturales en el suelo terrestre son responsables del cáncer de pulmón entre los mineros de uranio. Las fuentes artificiales provienen del ámbito médico así, a partir del descubrimiento de los rayos X, se observó un aumento del riesgo de los carcinomas cutáneos y se comprobó su implicación en la génesis de leucemias.

La exposición a las radiaciones ultravioletas se asocia con un mayor riesgo a padecer cáncer de piel. Una exposición intermitente pero intensa, especialmente durante la infancia y adolescencia, y las quemaduras solares están más relacionadas con el riesgo de melanoma, mientras que una exposición acumulativa, por causas laborales, aumenta el riesgo de carcinomas epidermíodes y basocelulares.

7) Fármacos: Entre un 1 y un 2% de los tumores malignos son atribuibles al consumo de fármacos. Ejemplos de ellos son los estrógenos (relacionados con tumores hepáticos, mama y endometrio), algunos citostáticos (asociados a leucemias), inmunosupresores, etc.

8) Infecciones: en países en desarrollo se estima que un 22% de los tumores se asocian a infecciones frente a un 9% en países desarrollados.

· Los factores endógenos, son factores del propio organismo, alteraciones metabólicas, patologías cromosómicas y circunstancias a nivel molecular en el sistema de los oncogenes.



## 2.2 Epidemiología

Los datos y las tablas que se exponen a continuación se corresponden con el proyecto, *La situación del cáncer en España 1975-2006*, realizada por el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III (<http://www.msc.es>). Éstos han sido revisados y completados con el libro *Tratado de Oncología* (Borràs, Andrés, Bosch, y González, Capítulo 13, 2009).

Con respecto a los datos epidemiológicos del Principado de Asturias, éstos forman parte del informe *Cáncer en Asturias 2001-2004* de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, de la cual depende el Registro de Tumores del Principado de Asturias (RTPA).

### 2.2.1 Incidencia del cáncer.

El número de casos nuevos en los países desarrollados se ha duplicado desde 1975 hasta el año 2000, siendo las estimaciones sobre la incidencia del cáncer de 10,9 millones de casos nuevos al año. Sin embargo, el cáncer no es una enfermedad exclusiva de los países desarrollados ya que el número de casos en los países en desarrollo es considerable. Los cánceres más frecuentes en los países en desarrollo son el de esófago, hígado y cuello uterino y en los países desarrollados destacan el de pulmón, próstata, mama y colorrectal.

La incidencia del cáncer en Europa es alta, lo que se atribuye fundamentalmente a que más de un tercio de la población anciana reside en Europa. Así, parece el 25% de los cánceres diagnosticados en el mundo suceden en Europa

En España, según los registros poblacionales de cáncer incluidos en las publicaciones de la IARC (Agencia Internacional de Investigación del Cáncer) se indican que el número de casos/año estimados para el periodo de tiempo comprendido entre los años 1998 y 2002, fue de 162.000 casos, entre 324 y 511 casos /100.000 hombres y entre 204 y 286 casos/100.000 mujeres. En general, parece que en todos los registros se recoge un aumento progresivo de los casos de cáncer desde el primer periodo de estudio al último.

En todos los registros españoles, para los hombres, los tumores más frecuente son los de próstata, pulmón y vejiga, suponiendo entre el 55,6 y 62% del total. En las mujeres, es el cáncer de mama el tumor más frecuente, suponiendo más del 25% de los casos, seguido del cáncer de colon y del cáncer de útero. En general, para todos los tipos de tumores, el cáncer fue más frecuente en los hombres que en las mujeres, a excepción del cáncer de tiroides.

## Cáncer

Tabla 2.1: Estimación de la incidencia anual de cáncer en España en el periodo 1997-2000.

Localización Tumoral	HOMBRES			MUJERES			AMBOS SEXOS
	Casos	IC al 95%	TA	Casos	IC al 95%	TA	Total casos
Todos excepto la piel	97050	69560-132927	448,08	64977	49526-83465	247,19	162027
Colon y Recto	14204	9977-19753	63,58	11461	8152-15679	39,01	25665
Pulmón	16690	12271-22084	77,40	2131	1455-3036	8,07	18821
Mama	-	-	-	15979	10508-23586	67,06	15979
Vejiga	12727	6441-23121	58,06	1750	1371-2201	5,56	14477
Próstata	13212	6245-24524	56,29	-	-	-	13212
Útero y Cérvix	-	-	-	7164	4120-11657	31,92	7164
Estómago	2896	1964-4118	12,76	3454	1752-6225	11,42	6350
LNH	3253	1868-5280	15,25	2209	1696-2846	8,19	5462
Laringe	3705	2034-6248	18,31	852	54-3897	3,66	4557
Encéfalo	1954	953-3650	9,56	287	194-410	0,97	2241
Hígado	3081	2233-4158	13,85	1309	807-2025	4,02	4390
Leucemias	2436	1873-3104	11,15	1852	1429-2361	6,75	4288
Páncreas	1919	1449-2516	8,87	1675	1247-2238	5,30	3594
Esófago	1512	1319-1730	7,46	257	160-406	0,89	1769
Riñón	1441	374-3923	6,71	1189	771-1772	4,59	2630
Melanoma	1283	597-2406	6,14	1785	1231-2543	7,26	3068
Hodgkin	890	386-1773	4,23	528	244-1009	2,29	1418
Mieloma	795	384-1471	3,54	769	532-1063	2,54	1564
Ovario	-	-	-	2997	1735-4870	12,31	2997
Tiroides	456	48-1776	2,22	1278	205-4246	5,69	1734
Vesícula	696	497-944	3,06	1542	761-2804	4,52	2238
Testículo	820	60-3706	3,85	-	-	-	820

TA: Tasa ajustada por edad (población europea)

IC: Intervalo de credibilidad

Adaptado de *La situación del cáncer en España 1975-2006*, Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III (<http://www.msc.es>).

Con respecto a los países de la Unión Europea, en hombres, España ocupa en el vigésimo lugar, mostrando unas tasas ajustadas inferiores a las del promedio. En mujeres, presenta al igual que Grecia, las tasas más bajas.

Con respecto al Principado de Asturias, y durante el periodo 2001-2004, 23.453 personas fueron diagnosticadas de cáncer, de las cuales el 61% fueron hombres y el 39% mujeres. La media anual de casos nuevos diagnosticados en este periodo fue 5.863 casos, 3.577 hombres y 2.286 mujeres. En los últimos años la tasa cruda de incidencia fue de 693,9 casos por 100.000 habitantes en hombres y de 408,9 casos por 100.000 habitantes en mujeres. En ambos, y especialmente en los hombres, esto ha supuesto un aumento con respecto a años anteriores.

Por localizaciones tumorales, las más frecuentes según el sexo se presentan en la tabla 2.2

Tabla 2.2 Localizaciones tumorales con mayor número de casos en hombres y mujeres. Asturias 2001-2004.

HOMBRES			MUJERES		
Localización tumoral	Casos	%	Localización tumoral	Casos	%
Próstata	2606	18,2	Mama	2274	24,9
Pulmón	2519	17,6	Colon-recto	1317	14,4
Colon-recto	2019	14,1	Cuerpo útero	622	6,8
Vejiga	1430	10,0	Otros	471	5,2
Cabeza-cuello	1215	8,5	Estómago	412	4,5
Estómago	631	4,4	Pulmón	377	4,1
Otros	578	4,0	Ovario	367	4,0
Hígado	444	3,1	Otr. Linfomas	367	4,0
Riñón	435	3,0	Vejiga	320	3,5
Otr. linfomas	404	2,8	S.N.Central	311	3,4

Adaptado de Borràs et al., 2009, Capítulo 13.

### 2.2.2 Mortalidad por cáncer

Se estima que el número de muertes por año, a nivel mundial, está en unos 6,7 millones. El cáncer de pulmón es el que más mortalidad produce (14,7%) seguido del cáncer hepático (12%) y el gástrico (12%)

Según los datos del Centro Nacional de Epidemiología (<http://www.msc.es>), en el año 2006, España ocupó un lugar intermedio con respecto al resto de países europeos para la mortalidad causada por los cuatro tumores más importantes en los hombres (estómago, colon y recto, pulmón y próstata). Sin embargo, en las mujeres, la tasa de mortalidad global fue la más baja de Europa. En términos absolutos, el cáncer supuso la primera causa de muerte, con más de 98.000 muertes en este mismo año (61.184 hombres y 36.862 mujeres). A pesar de estas cifras, los avances en la lucha contra el cáncer empiezan arrojar resultados positivos puesto que ha habido mejoras en las tasas de supervivencia de algunos tumores. Así, aunque la mortalidad por cáncer fue aumentando progresivamente desde la década de los 50, a partir del año 2000 se produce un descenso en el número de muertes.

En función de los distintos tipos de tumores, los más importantes en cuanto a mortalidad absoluta para el año 2006 fueron, para los hombres, el cáncer de pulmón (16.859 muertes), el colorrectal (7.703 muertes) y el de próstata (5.409 muertes), siendo la cifra de mortalidad para todos ellos superior a 5.000 muertes al año. En las mujeres fueron el cáncer de mama (5.939 muertes), el colorrectal (5.631 muertes) y el de pulmón (2.624 muertes).

En la última década, se ha producido un descenso medio en la mortalidad por cáncer de los hombres españoles, de un 1,3% anual, estadísticamente significativo. Tan sólo los cánceres de intestino delgado, colon y recto, melanoma y páncreas mostraron un incremento

anual inferior al 2%. Por otro lado, hay que destacar la estabilización de la mortalidad del cáncer de pulmón.

En las mujeres la mortalidad por cáncer desde 1997 al 2006, también disminuyó significativamente un promedio del 1 % anual, destacando el descenso por cáncer de mama (un 1,8% anual) y de tumores de piel, vesícula, estómago y huesos (decrementos anuales superiores al 3%). En cambio, respecto al cáncer de pulmón se ha observado un rápido incremento (3,12 %, anual), al igual que para otros tumores asociados al consumo de tabaco (menos del 1%). Además, también se observó un aumento de la mortalidad por cáncer de páncreas (1,3%) y por melanoma (0,6%).

Tabla 2.3 Estimación de la mortalidad de las localizaciones tumorales más frecuentes España y Unión Europea, 2006.

Localización tumoral	Hombres			Mujeres		
	España TAE	UE (25) TAE	Nº muertes	España TAE	UE (25) TAE	Nº muertes
Estómago	12,7	12,2	34.000	5,8	5,7	23.400
Colon/recto	28,2	26,5	74.500	14,6	15,6	64.900
Pulmón	67,2	62,4	171.900	8,9	18,4	64.100
Mama				19,2	25,0	85.300
Útero				5,6	6,8	23.600
Próstata	18,4	23,2	67.800			
Todas localizaciones	237,0	236,4	654.200	106,5	136,2	511.300

TAE: Tasa ajustada por edad a la población europea estándar.  
Adaptado de Borràs et al., 2009, Capítulo 13.

Con respecto al Principado de Asturias, éste representa la primera comunidad con mayor tasa de mortalidad por cáncer en hombres (270 casos por 100.000 habitantes) y la segunda en mujeres (110 casos por 100.000 habitantes). Según el sexo, para el periodo 2001-2004, los tumores con más mortalidad se presentan en la tabla 2.4.

Tabla 2.4 Localizaciones tumorales con mayor mortalidad en hombres y mujeres. Asturias 1991-2004.

H O M B R E S	Localización tumoral	Nº de casos incidentes	Media anual de casos incidentes	Nº defunciones	Media anual de defunciones
	Pulmón	8376	598	7917	566
	Colon-recto	5697	407	3027	216
	Próstata	6728	481	2606	186
	Esófago	2340	167	1747	125
	Vejiga	4594	328	1413	101
M U J E R E S	Localización tumoral	Nº de casos incidentes	Media anual de casos incidentes	Nº defunciones	Media anual de defunciones
	Mama	7266	519	2639	189
	Colon-recto	3950	282	2227	159
	Estómago	1543	110	1226	88
	Páncreas	810	58	933	67
	Pulmón	1013	72	882	63

Adaptado de Borràs et al., 2009, Capítulo 13.

Tabla 2.5 Resumen de las tendencias de incidencia y mortalidad en España en los últimos 30 años y la situación en relación a otros países de nuestro entorno.

TUMOR	Tendencias en los últimos 26 años	En relación a Europa...
<b>Hombres</b>		
PULMÓN		
Incidencia	Se mantiene o aumenta ligeramente	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1994 ↓ 0.7%	Situación intermedia
COLORRECTAL		
Incidencia	Aumenta	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 2001 ↑ 0.5%	Situación intermedia
PRÓSTATA		
Incidencia	Aumenta	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1998 ↓ 3.6%	Situación intermedia
VEJIGA		
Incidencia	Aumenta	De las más altas
Mortalidad	Sin cambios significativos	De las más altas
ESTÓMAGO		
Incidencia	Disminuye	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1997 ↓ 3.7%	Situación intermedia
<b>Mujeres</b>		
MAMA		
Incidencia	Aumenta	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1993 ↓ 2.3% anual	La más baja de la UE
COLORRECTAL		
Incidencia	Aumenta	De las más bajas
Mortalidad	Desde 1995 ↓ 1.2% anual	De las más bajas
PULMÓN		
Incidencia	Aumenta	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1996 ↑ 4.1% anual	De las más bajas
PÁNCREAS		
Incidencia		
Mortalidad	Entre 1997-2006 ↑ 1.3% anual	
ESTÓMAGO		
Incidencia	Disminuye	Situación intermedia
Mortalidad	Desde 1986 ↓ 3.8% anual	Intermedia, baja

Adaptado de Borràs et al., 2009, Capítulo 13.

### 2.2.3 Supervivencia y prevalencia.

La *supervivencia* presentada como la proporción de casos que sobreviven un tiempo preestablecido, por ejemplo, uno, tres, cinco años, etc., refleja en qué medida los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

Puesto que es difícil en muchos casos establecer si la muerte de un paciente está directa o indirectamente relacionada con el cáncer se opta por la supervivencia relativa. Ésta, se trata de un estimador ajustado por otras causas de muerte por lo que permite excluir el efecto de la mortalidad no relacionada con el tumor.

En Europa, la supervivencia relativa a los 5 años es superior al 80 % para los tumores de testículo, tiroides y enfermedad de Hodgking, melanoma y, mama en mujeres. Para los tumores de útero y próstata se observa una supervivencia entre el 69-79%. Y, con una supervivencia entre el 20-60% se encuentran otros tumores, incluidos algunos de los más frecuentes como son, el de vejiga (65,8%), colorrectales (53,5%), ovario (34,2%) y estómago (24,1%).

Con respecto a los tumores con peores tasas de supervivencia (inferiores al 20% a los 5 años) encontramos, la leucemia mieloide, el cáncer de pulmón, esófago, hígado, pleura y páncreas.

La supervivencia total es peor en hombres (un 44% en cinco años) que en mujeres (un 56% en cinco años), lo cual es debido a que los tumores masculinos con mayor incidencia resultan ser más agresivos.

En cuanto a la supervivencia en España, para la mayoría de los tumores, con respecto a los países europeos, es cercana a la media, y en relación a periodos anteriores la supervivencia para algunos tipos de tumores (ej: mama, próstata, melanoma y enfermedad Hodgkin) ha aumentado significativamente.

Tabla 2.6 Supervivencia relativa a los 5 años de las localizaciones más frecuentes (2000-2002).

Localización tumoral	España		Europa	
	SR	IC <sub>95%</sub>	SR	IC <sub>95%</sub>
Estómago	31,8	25,9 - 39,2	24,9	23,7 - 26,2
Colon/recto	61,5	57,7 - 65,5	56,2	55,3 - 57,2
Pulmón	12,2	10,1 - 14,8	10,9	10,5 - 11,4
Melanoma de piel	85,9	79,0 - 93,5	86,1	84,3 - 88,0
Mama	82,8	79,8 - 85,8	79,0	78,1 - 80
Cuello de útero	60,4	48,6 - 75,0	60,4	57,7 - 63,2
Cuerpo de útero	73,6	66,4 - 81,5	78,0	76,2 - 79,9
Próstata	NA	NA	77,5	76,5 - 78,6
Testículo	NA	NA	97,3	96,4 - 98,2
Tiroides	82,9	67,0 - 102,5	83,2	80,9 - 85,6
Linfoma Hodking	83,2	84,0 - 90,6	81,4	78,9 - 84,1
Linfoma no Hodking	63,2	53,2 - 74,9	54,6	52,7 - 56,6
Todas las localizaciones				
Hombres	49,5	47,6 - 51,5	47,3	46,8 - 57,8
Mujeres	59,0	56,9 - 61,2	55,8	55,3 - 56,2

SR: supervivencia relativa; IC95%: intervalo de confianza del 95%;

NA: no disponible (debido a la falta de algunos datos en una o varias clases de edad que impiden la estandarización de los datos); periodo de análisis 2000-02.

Adaptado de Verdecchia A, et al, Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. Lancet Oncol. 2007;8:784-96; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13.

La *prevalencia* se refiere al número de casos en una población determinada independientemente del momento en que fueron diagnosticados. La prevalencia va a depender de la frecuencia de aparición de la enfermedad (incidencia) y de su letalidad (supervivencia).

Según las estimaciones en el año 1998, se atendieron 430.000 casos diagnosticados de cáncer en los cinco años previos. A nivel europeo esta cifra se eleva a dos millones de pacientes (Ferlay, 1999; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13). En un artículo de Micheli (2002; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13), la prevalencia en España, era de un total de 1175,4 casos por 100.000 habitantes, las cifras para Europa se situaron en 1253 casos por 100000 habitantes.

La estimación más reciente correspondiente al proyecto Globocan 2002 de la IARC (Agencia Internacional de Investigación del Cáncer) (Ferlay et al, 2004; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13) señala que el mayor impacto de prevalencia en hombres, en cuanto a los distintos tipos de tumores, corresponde a los tumores de próstata, vejiga, cáncer colorrectal, cáncer de pulmón y cáncer de la cavidad bucal y laringe. En mujeres las mayores cifras se presentan para los tumores de mama, un 34,3% del total, seguidos del cáncer colorrectal y del cuerpo uterino.

Cáncer

Tabla 2.7 Número de casos de cáncer prevalentes en España. Estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) para el año 2002. Hombres (0-65+).

Cáncer	Casos anuales	Defunciones anuales	Prevalencia 1 año	Prevalencia 3 años	Prevalencia 5 años
Cavidad Oral	4036	898	3524	8715	12350
Nasofaringe	365	175	335	867	1273
Faringe (otros)	1988	840	1540	3480	4653
Esófago	1845	1577	842	1710	2205
Estómago	5161	3928	2803	6447	9011
Colon y recto	12418	6553	9951	24935	36376
Hígado	3027	2898	1099	2164	2756
Páncreas	2129	2141	494	911	1125
Laringe	3765	1864	3480	9298	14016
Pulmón	17983	16253	7710	15645	20214
Melanoma de piel	1458	383	1372	3726	5662
Próstata	13253	5857	11796	30216	44100
Testículo	418	37	376	1094	1782
Riñón	2778	1062	2217	5846	8905
Vejiga	10705	3353	9798	26489	40546
Encéfalo, sistema nervioso	1643	1206	664	1512	2105
Tiroides	390	75	343	975	1559
Linfoma no-Hodgkin	3070	1252	2430	6380	9685
Enfermedad de Hodgkin	508	141	450	1234	1915
Mieloma múltiple	1089	842	877	2009	2692
Leucemia	2446	1580	1823	4616	6844
Todas las localizaciones, excepto piel	97765	58589	68338	168985	245382

Elaboración propia a partir de datos de Globocan 2002 (Ferlay et al., 2004; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13)



Tabla 2. 8 Número de casos de cáncer prevalentes en España. Estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) para el año 2002. Mujeres (0-65+).

Cáncer	Casos anuales	Defunciones anuales	Prevalencia 1 año	Prevalencia 3 años	Prevalencia 5 años
Cavidad Oral	959	242	821	2122	3136
Nasofaringe	129	43	102	273	422
Faringe (otros)	124	60	85	227	352
Esófago	261	247	137	312	434
Estómago	3046	2491	1740	4130	5900
Colon y recto	9546	5206	7693	19715	29292
Hígado	1339	1583	434	879	1144
Páncreas	1750	1842	349	688	891
Laringe	147	64	141	397	629
Pulmón	2038	1870	943	1965	2575
Melanoma de piel	1747	326	1751	5060	8103
Mama	15855	5914	15753	44602	69993
Cuello del útero	2103	739	1941	5343	8306
Cuerpo del útero	3856	1109	3578	9811	15168
Ovario	3262	1679	2529	6310	9159
Riñón	1307	578	1102	2955	4540
Vejiga	1510	723	1300	3496	5367
Encéfalo, sistema nervioso	1529	1072	644	1404	1903
Tiroides	1154	195	1047	3024	4901
Linfoma no-Hodgkin	2476	1154	1992	5258	7997
Enfermedad de Hodgkin	403	95	356	983	1538
Mieloma múltiple	1042	785	867	2055	2818
Leucemia	1916	1272	1371	3517	5279
Todas las localizaciones, excepto piel	63983	34647	50573	134031	203736

Elaboración propia a partir de datos de Globocan 2002 (Ferlay et al., 2004; citado en Borràs et al., 2009, Capítulo 13)

## 2.3 Diagnóstico

El diagnóstico clínico y anatomopatológico del tumor, el estudio de extensión y los factores pronóstico van a ser cruciales en la predicción de la evolución tumoral y en la decisión terapéutica más conveniente (Cortés-Funes y Colomer, 2009).

### 2.3.1 Diagnóstico clínico

Para un adecuado diagnóstico clínico, es necesario comenzar por la realización de la historia clínica, la cual debe ser lo más completa y detallada posible. En ella deben aparecer antecedentes, síntomas y signos, que permitirán una orientación hacia el diagnóstico tumoral, detectar signos que pueden indicar una mayor agresividad tumoral y/o recoger información

que sugiera la presencia de lesiones a distancia, exigiendo en este caso el uso de otras pruebas diagnósticas para confirmar su existencia.

Otro aspecto importante será la exploración física que permite obtener información sobre la localización del tumor y sus características (tamaño, consistencia, inflamación, dolor, sangrado,...). Según la localización, se pueden detectar síntomas que arrojen pistas sobre el diagnóstico.

Hay una serie de síntomas que van a resultar comunes en todos los tumores, como es el llamado “síndrome tumoral”, caracterizado por anorexia, astenia y pérdida de peso. El dolor y la anemia son dos síntomas muy frecuentes entre los pacientes oncológicos, teniendo la última incidencia de entre un 20-75%.

Mediante el estado general o performance status (PS), se evalúa la situación física del paciente. Éste junto con el estado emocional y social se utiliza en el ámbito médico para estimar la calidad de vida del paciente. El PS puede resultar un factor pronóstico y predictivo ya que cuanto peor sea, es esperable que el riesgo de complicaciones al tratamiento sea mayor y la probabilidad de respuesta al mismo menor. La evaluación del PS se puede hacer mediante escalas, como son el Índice de Karnofsky (IK) (Tabla 2.9) y la Escala de evaluación del estado general del paciente (ECOG) (Tabla 2.10).

Tabla 2.9 Escala de Karnofsky

100	El enfermo presenta una actividad normal
90	Tiene actividad normal pero presenta algunos signos y síntomas
80	Presenta actividad normal pero con esfuerzo
70	Se cuida por si solo, pero no puede llevar una actividad normal
60	Necesita asistencias ocasional, pero en general se basta por sí mismo
50	Necesita asistencia médica frecuente
40	Necesita asistencia especial y se levanta de la cama ocasionalmente
30	Incapacidad grave: necesita hospitalización
20	Enfermedad muy grave: hospitalización con tratamiento de sostén
10	Moribundo
0	Muerte

Adaptado de Cortés-Funés y Colomer, 2009.

Tabla 2.10 Escala de evaluación del estado general del paciente (Eastern Cooperative Oncology Group).

0	Actividad normal
1	Sintomático, pero con capacidad para realizar su trabajo y ocupaciones diarias
2	Necesidad de estar un tiempo encamado <50% del día
3	Necesidad de encamamiento >50% del día
4	Incapacidad grave. Encamamiento permanente

Adaptado de Cortés-Funés y Colomer, 2009.

### 2.3.2 Diagnóstico histopatológico

El diagnóstico histológico permite confirmar la presencia de tumoración maligna, además es uno de los factores pronóstico más importante y va a ser determinante para el tratamiento de la enfermedad. Existen varias técnicas como son la biopsia o la punción-aspiración con aguja fina (PAAF), pero es mediante el estudio macro y microscópico de la pieza de resección quirúrgica como se obtiene una mayor información.

Los criterios más utilizados en la valoración del pronóstico son:

- a) Grado de diferenciación del tumor: los tumores poco diferenciados son más agresivos biológicamente que los bien diferenciados. Las pautas en la gradación histológica de los tumores según la *American Joint Commission on Cancer* son:

Gx: cuando no puede establecerse.

G1: bien diferenciado

G2: moderadamente diferenciado

G3: pobremente diferenciado

G4: indiferenciado

- b) Capacidad de invasión tumoral: las neoplasias que presentan datos de invasión tumoral, por ejemplo, la invasión linfática, venosa o perineural, en general son poco diferenciadas y poseen una mayor capacidad de metastatizar.
- c) Índice mitótico: hace referencia a la estimación del número de mitosis por campo. Índices altos se relacionan con una tasa elevada de crecimiento tumoral y un tiempo de duplicación más corto.

### 2.3.3 Estadíaje

Las técnicas de imagen (radiología simple, ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), etc.) y técnicas endoscópicas, van a tener un papel importante a la hora de establecer un diagnóstico y estadiar la lesión tumoral.

Los sistemas de estadíaje permiten un sistema de evaluación común de la extensión de la enfermedad, facilitando la elección de tratamientos, la comparación de factores pronóstico y de resultados terapéuticos entre grupos, así como la evaluación estadística de datos clínicos. Si bien, estos pueden tener el inconveniente de conducir hacia una sub o supraestadificación, debido a la interpretación subjetiva que puede suponer por la gran variabilidad de las características tumorales.

En 1987, la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) desarrollaron el sistema TNM (tumor, ganglio, metástasis), que fue introducido por Pierre Denoix (Francia) entre los años 1943 y 1952. Este sistema parte de que la supervivencia va a estar en función de la extensión inicial del proceso. El proceso para la descripción de la extensión anatómica se presenta en la tabla 2.11.

Tabla 2.11 Clasificación TNM de los tumores malignos

<p>T: Extensión del tumor primario (establece el tamaño tumoral y su relación con estructuras vecinas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tx: no se puede determinar la extensión del tumor primario</li> <li>- T0: no hay pruebas de la existencia del tumor primario</li> <li>- Tis: se trata de un carcinoma <i>in situ</i></li> <li>- T1,T2,T3,T4: tumor invasor con tamaño y capacidad invasora crecientes</li> </ul>
<p>N: Estado de los ganglios linfáticos regionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nx: no se puede determinar la existencia de adenopatías metastásicas</li> <li>- N0: no hay demostración de adenopatías metastásicas</li> <li>- N1, N2, N3: invasión ganglionar, por orden creciente de tamaño</li> </ul>
<p>M: Presencia o ausencia de metástasis a distancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mx: no se puede determinar la existencia de metástasis a distancia</li> <li>- M0: no hay pruebas de la existencia de metástasis a distancia</li> <li>- M1: existen metástasis a distancia, se debe especificar su localización</li> </ul>

Adaptado de Cortés-Funés y Colomer, 2009.

El sistema TNM presenta una serie de requisitos generales para todas las localizaciones.

- Todos los casos deben ser confirmados histológicamente
- Se describen dos clasificaciones: a) clínica y preterapéutica (cTNM), se compone de la información obtenida en la exploración clínica, en pruebas de laboratorio, en exploraciones radiológicas o endoscópicas; b) histológica posquirúrgica (pTNM), según las observaciones quirúrgicas y los exámenes macroscópicos y microscópicos de las muestras tumorales.
- El TNM una vez establecido debe permanecer invariable.
- Las distintas categorías del TNM se pueden agrupar en estadios, generalmente: 0, I, II, III, IV.

### 2.3.4 Factores pronósticos

Se denominan factores pronósticos a aquellos factores que van a marcar el curso de la enfermedad confiriendo al tumor determinadas peculiaridades. Pueden influir en la supervivencia global, en la extensión de tiempo libre de enfermedad, en la respuesta a un tratamiento, etc.

Los factores pronósticos se caracterizan por tener un comportamiento independiente en relación a otros factores o al tratamiento, determinación factible en la mayoría de los centros y mínimos errores en la interpretación subjetiva.

Se pueden clasificar en relación al paciente o al tumor. Relacionados con el paciente encontramos la edad, el sexo, el estado inmunitario, el estado psicológico, e estado general y factores en relación a síntomas (generales, intervalo primer síntoma-diagnóstico, síntomas por metástasis,...). Relacionados con el tumor encontramos, la localización de la neoplasia, la histología, el estadio, el grado de diferenciación, grado de neoplasia, estudio molecular, estudio de inmunohistoquímica, capacidad de invasión, capacidad de diseminación.

Una vez realizado un diagnóstico completo junto con la evaluación de los factores pronóstico se podrá establecer el protocolo terapéutico a seguir más adecuado.

## 2.4 Tratamientos

Una vez establecido el diagnóstico histopatológico de la lesión, su extensión, la repercusión sobre la calidad de vida del enfermo, así como, la historia natural de ese cáncer en particular y de los distintos tratamientos que pueden modificarla, se puede empezar a plantear el procedimiento terapéutico a seguir. Además, en todo ello, se ha de tener siempre en cuenta la situación vital del paciente.

Una planificación racional, según diferentes autores, consiste en conocer el momento evolutivo del cáncer, si éste es curable o no y, de no serlo, si existen tratamientos capaces de mejorar la situación médica del paciente (enfermedad tratable) o, si el paciente se encuentra en fase terminal y sólo puede recibir tratamiento paliativo.

Se entiende por enfermedad curable y tratamiento curativo, cuando una persona tras ser tratado con un procedimiento bien definido, con bajo riesgo de fracaso terapéutico o muerte iatrogénica, queda asintomático, aproximándose a su expectativa de vida según la establecida estadísticamente para los sujetos de su misma edad. Esto resulta complicado en el campo de la oncología por las propias características de la enfermedad. Por ello, se habla de cáncer curable cuando al cabo de un periodo de tiempo establecido según la conducta biológica del tumor, un grupo de pacientes permanece libre de tumor y metástasis. Así, el

tratamiento curable resulta ser aquel que consigue esto, quedando como objetivos más secundarios, la magnitud de las secuelas y la integración socio-laboral de los pacientes.

Cuando los tratamientos consiguen inducir regresiones tumorales de forma consistente y reproducible, hablaremos de enfermedad no curable sensible a la terapia oncológica. Esto en la actualidad se viene consiguiendo entre un 15 y más del 50% de los casos. Tales respuestas pueden seguirse de un alivio sintomático e incluso de una mayor expectativa de supervivencia.

Con interfase curación-paliación, se hace referencia a si debe iniciarse un tratamiento paliativo de forma exclusiva. Si la neoplasia adopta un curso progresivo e irreversible y ha dejado de responder a todos los medios activos conocidos, o éstos incluso añaden más sintomatología, sería el momento de pasar a un tratamiento exclusivamente sintomático. A partir de aquí el objetivo principal sería tratar de proporcionar el máximo bienestar al enfermo.

Los tratamientos a emplear en cada caso pueden ser, cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas, bien solas o combinadas, o un tratamiento sintomático cuando estemos ante un enfermo terminal.

#### **2.4.1 Cirugía**

La cirugía hasta hace algunos años era el único tratamiento considerado curativo y, aunque los avances han permitido que los protocolos de quimioterapia e inmunoterapia se hayan hecho más eficaces, sigue considerándose el principal recurso terapéutico de los tumores sólidos.

Los objetivos de la cirugía pueden ser: diagnósticos, profilácticos, terapéuticos, asociados a la enfermedad a distancia, paliativos y, plásticos y rehabilitadores.

- Cirugía diagnóstica: tiene como objeto la obtención de una muestra del tumor que será analizada en anatomía patológica para alcanzar un diagnóstico definitivo que condicionará el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.
- Cirugía profiláctica: puesto que parecen darse situaciones y enfermedades que pueden predisponer al desarrollo de algunos tipos de tumores, se trataría de proponer a pacientes sanos intervenciones quirúrgicas para prevenir la aparición de cáncer. Por ejemplo, cirugía colorrectal en situaciones de poliposis adenomatosa familiar y colitis ulcerosa, mastectomía profiláctica en caso de un carcinoma de mama hereditario, etc.
- Cirugía terapéutica: que englobaría desde la cirugía curativa a la paliativa. La cirugía curativa tiene como objetivo la extirpación completa de la neoplasia, sin que quede ningún residuo tumoral. La cirugía paliativa puede tener diferentes objetivos: a) Cirugía reductora, trataría de eliminar la mayor parte posible de tejido tumoral sin llegar a eliminarlo completamente,

favoreciendo que otro procedimiento terapéutico (QT y/o RT) pueda actuar con mayor efectividad. b) Profilaxis de complicaciones del tumor, consistiría en derivaciones digestivas, respiratorias y urológicas para tumores que obstruyen estas vías y no pueden ser resecaados; c) Alivio de síntomas (manejo de cánceres que no responden a otros tratamientos analgésicos) o paliación del dolor por compresión del tumor (compresión de médula espinal, obstrucción intestinal...).

· Cirugía plástica y rehabilitadora: en ocasiones la cirugía supone que uno o más órganos, o una región anatómica, tengan que ser extirpados para intentar la curación de la enfermedad. Como consecuencia se puede producir una alteración anatómica o una pérdida parcial o total de una función. Por ello, la cirugía plástica y reconstructiva juega un papel esencial a la hora de minimizar el efecto de esa alteración anatómica, así como la rehabilitación funcional.

En cuanto a los riesgos de la cirugía asociada a la extirpación del tejido tumoral, el principal, es que durante la operación se produzca el desprendimiento de alguna célula cancerígena y se infiltre en el torrente circulatorio, lo cual podría dar lugar a la aparición de metástasis, por ello la habilidad del cirujano resulta crucial.

#### **2.4.2 Radioterapia**

Consiste en el tratamiento local mediante radiaciones ionizantes. Estas radiaciones son aplicadas sobre el tejido tumoral, con el objetivo de provocar en las células cancerígenas alteraciones en su ADN durante la mitosis, logrando que la célula muera o que pierda su capacidad reproductora.

Se estima que en torno a un 60% de los pacientes oncológicos en España recibe radioterapia a lo largo de la enfermedad.

Se puede hablar de 3 indicaciones básicas de la radioterapia:

· Radioterapia radical: se emplea en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con radioterapia. Se utiliza con intención curativa y como única estrategia terapéutica o asociada a otros tratamientos. De este modo se ofrece la posibilidad de curación con la conservación del órgano y, en muchos casos, de su función. La Enfermedad de Hodgkin en estadios limitados, tumores de cabeza y cuello, de próstata, ginecológicos y cutáneos de estirpe epitelial, son algunos de los tumores curables con radioterapia en porcentajes superiores del 75%.

· Radioterapia adyuvante o complementaria: se trataría de aplicar la radioterapia tras la cirugía o la quimioterapia con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir el riesgo de recaída. Se emplea en, aproximadamente el 45% de los casos tratados con radioterapia.

· Radioterapia paliativa o sintomática: su objetivo es tratar o eliminar o mejorar los síntomas. Se utiliza, por ejemplo, como analgesia en las metástasis óseas y prevención de fracturas,

obstrucción de órganos y dolor visceral refractario. Se emplean dosis bajas y con menos efectos secundarios. Se estima que aproximadamente un 30% de los pacientes que reciben radioterapia lo hacen con esta intención.

En cuanto a los efectos secundarios de la radioterapia, éstos van a estar en función de la dosis total, del volumen tratado y el tipo de energía utilizada. Los efectos agudos se producen durante o inmediatamente después del tratamiento y suelen ser de corta duración. Entre ellos encontramos, anorexia, náuseas, astenia, mucositis, esofagitis, diarrea, reacciones dérmicas, alopecia y mielotoxicidad. Los efectos tardíos, en cambio, pueden aparecer meses o incluso años después del tratamiento. Entre ellos encontramos, mielopatías, necrosis de hueso, estenosis intestinal, fibrosis pulmonar, daño renal, lesión miocárdica, etc. Existe riesgo de desarrollo de segundos tumores y leucemias con una media de tiempo a la aparición de hasta 10 años.

### 2.4.3 Quimioterapia

Consiste en la administración de drogas citotóxicas, generalmente por vía intravenosa, para impedir la proliferación y crecimiento de células malignas, reduciendo la masa tumoral y destruyendo el tumor. Para ello, será necesaria la administración de varios ciclos de quimioterapia, aunque la destrucción del tumor no es igual a la curación, puesto que, siempre puede quedar una población subclínica resistente al tratamiento.

En general, la quimioterapia para poder lograr una respuesta clínica prolongada requiere la combinación de varios fármacos. Así, se persigue maximizar la destrucción celular, con una toxicidad tolerable, dar amplia cobertura a células resistente en poblaciones tumorales heterogéneas y, prevenir o enlentecer el desarrollo de nuevas células resistentes. Para su combinación se tiene en cuenta que los agentes citostáticos sean activos por sí mismos contra el tumor, que no tengan toxicidades coincidentes, que se administren con una dosis y esquema óptimo, así como a intervalos, de manera que se permita la recuperación de la médula ósea y, que los agentes tengan distinto mecanismo de acción para minimizar la posible resistencia tumoral a ellos. La resistencia adquirida o inherente a la quimioterapia, supone uno de los principales problemas de este tratamiento, que impide la curación de las neoplasias.

En la actualidad la quimioterapia se destina a cuatro usos principalmente (DeVita, Hellman y Rosenberg's, 2008):

- a) en cáncer avanzado o metástasis en los que no existe un tratamiento alternativo. En estos casos, en un pequeño pero significativo número de pacientes, la quimioterapia puede resultar curativa
- b) en enfermedad localizada, como tratamiento primario o neoadyuvante, en la que otros tratamientos locales, como cirugía o radioterapia, no resultan efectivas por sí mismas. Sus



resultados son óptimos cuando la quimioterapia se administra en combinación con radioterapia, bien simultáneamente, bien secuencialmente.

Adicionalmente, la quimioterapia neoadyuvante persigue la reducción del tumor primario para facilitar la intervención mediante cirugía, lográndose la resección completa y reduciendo la potencial extensión de micrometástasis. Además, en determinados tipos de tumores (por ejemplo, laringe, ano, sangre,...) esta modalidad de quimioterapia puede garantizar la preservación de órganos vitales.

c) como tratamiento adyuvante, tanto concurrente como administrado a continuación, de métodos locales de tratamiento (cirugía, radioterapia, ambos). Su objetivo se centra en la eliminación de micrometástasis ocultas, cuya extensión tras cirugía, radioterapia o ambas, ocasiona la recurrencia de la enfermedad, tanto localmente como sistémicamente. Así también se busca la mejora de la supervivencia global de los pacientes.

d) como tratamiento intra-arterial, por instilación directa en regiones específicas afectadas por el cáncer.

La quimioterapia lleva asociados una serie de efectos secundarios que se producen debido a que estas sustancias también afectan a células normales del organismo, especialmente a células de la piel y de la sangre, células que están en continua renovación. Estos efectos, suelen provocar un gran malestar físico y psicológico, incluso, en algunos casos, pueden comprometer la vida del paciente.

Por otro lado, la toxicidad asociada a la quimioterapia va a depender del agente administrado (dosis del fármaco, vía de administración, sinergismo con otros fármacos) y del paciente (estado funcional de órganos y aparatos relacionados con el metabolismo y excreción del fármaco, reserva medular, estado general del paciente: nutrición y capacidad funcional). Además, esta toxicidad puede presentarse inmediatamente tras la administración (horas, días), de forma precoz (días o semanas), de forma retardada (semanas, meses) y/o de forma tardía (meses, años).

Algunos de los efectos causados por la quimioterapia son: anemia, alopecia, infecciones, cardiotoxicidad, leucopenia, neutropenia, toxicidad pulmonar, hepática, renal, gonadal, gastrointestinal (estomatitis, náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento,...), reacciones alérgicas, cistitis, neurotoxicidad (periférica o central) e incluso teratogénesis.

#### **2.4.4 Hormonoterapia**

Algunos estímulos hormonales pueden tener influencia en el desarrollo y evolución de algunos tipos de cáncer. Así, la hormonoterapia en un tratamiento capaz de modificar la respuesta tumoral en neoplasias con dependencia hormonal, como pueden ser el cáncer de

próstata, endometrio o mama. Su objetivo se centra en impedir el estímulo hormonal sobre la proliferación celular tumoral, reduciendo sus niveles.

Su uso puede ser tanto en enfermedad avanzada, como terapia adyuvante, e incluso preventivo en el caso del cáncer de mama.

#### **2.4.5 Inmunoterapia**

La inmunoterapia, mediante la estimulación de los mecanismos de defensa del paciente o mediante la administración de sustancias naturales producidas por los seres vivos, en particular mamíferos (García-Fabregat, 1998), provocan una respuesta antitumoral de las propias células inmunes del paciente.

Los interferones, proteínas producidas por células como respuesta a infecciones o a otros estímulos, poseen diversos efectos antiproliferativos e inmunomoduladores. Presentan una actividad antitumoral frente a distintas neoplasias (tricoleucemia, la leucemia mieloide crónica, el linfoma cutáneo de células T, el melanoma y el sarcoma de Kaposi). Los grupos principales son los  $\alpha$ ,  $\beta$  y  $\gamma$ . El *interferón  $\alpha$*  se produce en los leucocitos y macrófagos, el  $\beta$  es producido por los fibroblastos y el  $\gamma$  es segregado por linfocitos T y células *natural killer*.

Si bien, su uso conlleva unos efectos colaterales, como son, el síndrome pseudogripal con fiebre y artralgias, lesiones eritematosas cutáneas, molestias digestivas, alteraciones hepáticas y neurológicas, depresión y fatiga crónica. Estos efectos, en general, dosis-dependientes, pueden ser controlados mediante el uso profiláctico de paracetamol y la administración del interferón en las últimas horas de la tarde o las primeras de la noche.

### **2.5 Cáncer de mama y cáncer de pulmón.**

Puesto que este trabajo se centra en pacientes con dos tipos de tumores, tumor de mama y de pulmón, a continuación se hace una breve exposición sobre sus características y tratamientos (Cortés-Funes y Colomer, 2009)

#### **2.5.1 Cáncer de mama**

El cáncer de mama, es el tipo de tumor más frecuente en las mujeres en los países occidentales. En España, es responsable del 25% de los casos de cáncer suponiendo, además, la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer.

En la actualidad se trata de una enfermedad con altas posibilidades de curación gracias a que su prevención ha sido ampliamente fomentada. Además, los importantes avances en las técnicas quirúrgicas, la conservación y reconstrucción de la mama y la biopsia del ganglio centinela, han supuesto la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

### **2.5.1.1 Epidemiología**

En 2002 se diagnosticaron 1.151.298 casos nuevos en el mundo, lo que supone el 22,7% del total de casos de cáncer estimados en mujeres. En Europa, se diagnostican unos 370.000 casos al año (27,4%) y 230.000 en Norteamérica (31,3%).

En Europa, son los Países Nórdicos y los de Europa Occidental los que presentan una mayor incidencia, de los que España ocupa el décimo lugar (93,6 casos por 100.000 mujeres año). En España, se habla de una incidencia de unos 16.000 casos nuevos por año, lo que equivale a un riesgo de desarrollar la enfermedad de 1/11-12 mujeres a lo largo de la vida. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, siendo especialmente notable entre los 45 y los 65 años. Con respecto al varón, el riesgo de padecer cáncer de mama es muy bajo, en torno al 1% de todos los casos nuevos de cáncer de mama que se diagnostican.

A pesar de las cifras que indican un incremento en la incidencia, debido especialmente a los avances en el diagnóstico precoz, la tasa de mortalidad se mantiene más o menos estable en los últimos 50 años, incluso con tendencia a reducirse. Actualmente mueren en el mundo en torno a unas 400.000 mujeres al año, lo que constituye el 14% de todos los tumores. En España mueren unas 5.700 mujeres, un 16,7% de todos los tumores femeninos, si bien, la supervivencia a los cinco años del diagnóstico se estima superior al 80%.

Con respecto a la situación del cáncer en Asturias se presenta en la figura 1 las tasas específicas por grupo de edad en mujeres para el periodo 2001-2004.

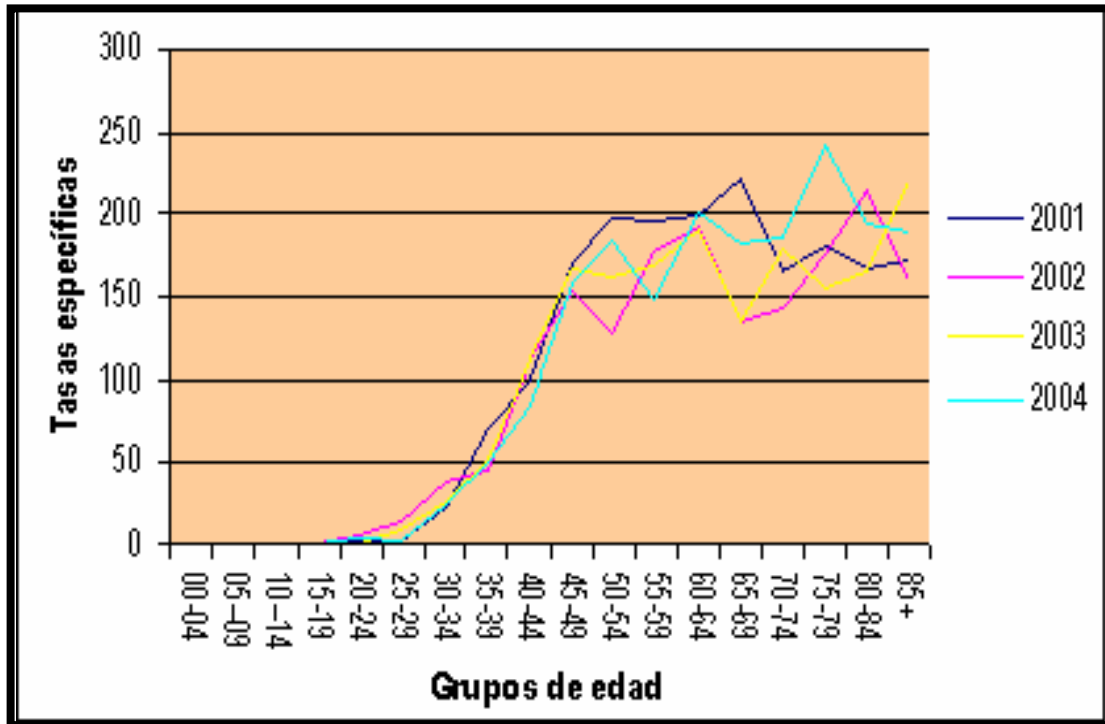


Figura 2.1: Cáncer de Mama. Tasas específicas por 100.000 según grupos de edad. Asturias 2001-2004 . Mujeres.

Adaptado de *Informe Cáncer en Asturias 2001-2004*, Dirección General de Salud Pública

### 2.5.1.2 Etiología y factores de riesgo

La etiología del cáncer de mama es desconocida y resultado de un conjunto de procesos celulares que ocurren de forma constante en el tiempo. Aunque parecen existir factores que pueden aumentar las probabilidades de desarrollar cáncer de mama, en un 80% de los casos no parecen tener relación alguna.

- Factores de riesgo

a) Factores poblacionales, raciales y socioeconómicos. La incidencia de cáncer de mama es mayor en EEUU y Norte de Europa, intermedia en el Sur de Europa y Sudamérica y baja en Asia. En este último se ha notado un aumento progresivo, probablemente relacionado con la occidentalización de las costumbres y las migraciones.

Con respecto a la raza, parece que en EEUU las mujeres de raza negra presentan un menor riesgo que las mujeres de raza blanca, aunque el riesgo de morir es equivalente. Tal vez esto pueda deberse a que las mujeres de raza negra presentan una menor supervivencia a los 5 años que las mujeres de raza blanca, debido probablemente a un retraso en el diagnóstico precoz.

En cuanto al nivel socioeconómico, el hecho de que las mujeres pertenecientes a niveles altos presenten un mayor riesgo de padecer la enfermedad, probablemente se pueda poner en relación con la tendencia a ser madres a edades más avanzadas.

b) Edad y sexo. Con respecto a la edad, la incidencia aumenta gradualmente a partir de los 30, alcanzando el máximo en torno a los 55-65 en los que se estabiliza y vuelve a incrementarse a partir de los 60, alcanzando las tasa más altas en torno a los 70 años.

En cuanto al sexo, y como ya se ha comentado, el cáncer de mama en los hombres representa menos del 1%.

c) Factores reproductivos y hormonales. En general, parece que la exposición prolongada a estrógenos aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. Así, la menarquía temprana supone la exposición a dichas hormonas por más tiempo incrementándose el riesgo 1,5 veces. Por otro lado, la menopausia tardía duplica el riesgo respecto a la precoz.

Con respecto a los anticonceptivos orales, los estudios no hallan una asociación clara entre su consumo y un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. En cambio, la administración de estrógenos como tratamiento hormonal sustitutivo, en mujeres postmenopáusicas parece aumentar el riesgo en un 30-45%, sobre todo en tratamiento de larga duración, tras 10-20 años de administración.

Las mujeres sin descendencia presentan mayor riesgo especialmente a partir de los 40 años. Por otro lado, una mayor edad en el primer embarazo parece un factor predisponente para desarrollar la enfermedad, de manera que, las mujeres con primer embarazo por debajo de los 18 años presentan un menor riesgo. Parece que el efecto protector del embarazo se da a los 10 años del mismo, siendo mayor el riesgo durante el año posterior al mismo.

d) Historia personal y familiar. La historia previa de enfermedad mamaria benigna se asocia a un mayor riesgo de padecer cáncer de mama, así como la historia previa de carcinoma in situ o invasor.

La historia familiar de cáncer de mama, supone un factor de riesgo cuyo peso varía en función del grado de parentesco. El riesgo de mujeres con un familiar de primer grado aumenta en 1,8 veces y de segundo grado en 1,5 veces.

e) Factores genéticos. Se han identificado dos genes supresores del crecimiento tumoral (BRCA1 y BRCA2), cuya mutación supone la pérdida de dicha función y por tanto, parecen asociarse a una mayor incidencia de algunos tumores, entre ellos el de mama. La mutación del gen p53, gen supresor, también parece vincularse a este tipo de tumor y la amplificación del oncogen HER-2/neu , que sintetiza una proteína vinculada a la proliferación celular, parece estar presente en un 25% de los tumores de mama.

Sin embargo, parece que sólo aproximadamente el 5% de los cánceres de mama pueden atribuirse de forma directa a la herencia.

f) Dieta. Parece que dietas ricas en grasa se asociarían a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, si bien, esta relación parece estar en función del tipo de grasa consumida. Así, el consumo moderado de aceite de oliva podría tener un efecto protector implicando un menor riesgo. También el consumo de fibra podría tener este efecto, aunque mínimamente.

La obesidad en pacientes postmenopáusicas también se ha puesto en relación con un mayor riesgo de padecer este tipo de tumor, aumentado el mismo en 2-3 veces.

En relación al consumo de alcohol, parece que aquellas mujeres cuyo consumo está entre 35-45 g/d de alcohol presentan un riesgo relativo de 1,32 respecto a las no bebedoras. No obstante, esta relación no está del todo clara.

g) Actividad física. Parece que el ejercicio físico podría desempeñar un papel protector para esta enfermedad, probablemente relacionado con una reducción de niveles hormonales femeninos, así como una reducción de la grasa corporal.

### ***2.5.1.3 Historia natural***

El cáncer de mama suele localizarse en el cuadrante superior externo (44%), aunque en un 3% de los casos se localiza de manera multicéntrica. Su propagación es a través del crecimiento local invadiendo estructuras vecinas a través de los ganglios linfáticos y provocando diseminación hematológica. Algunas de las localizaciones más frecuentes de las metástasis ganglionares son la axila homolateral y la zona supraclavicular homolateral. En cuanto a las metástasis a distancia, las más frecuentes son huesos, hígado y pulmón y, también, cerebro, meninges, piel, etc.

La mayoría de los tumores de mama provienen del epitelio glandular y son carcinomas. Otros tipos menos frecuentes son linfomas, sarcomas y melanomas.

Dentro de los carcinomas, los no invasivos se dividen en ductal in situ y lobulillar in situ. Los invasivos se dividen en

- ductal infiltrante, representan el 75% del total de carcinomas invasivos.
- lobulillar infiltrante, representan el 5-10% de carcinomas infiltrantes.
- medular, representan el 5-7% del total.
- mucinosos y tubular, juntos representan el 5%.

#### **2.5.1.4 Síntomas y signos**

Los síntomas locales que podemos encontrar son masa palpable indolora (74%), dolor (6%), secreción del pezón (4%), retracciones de la piel (3%), otras manifestaciones menos frecuentes como edemas, y eritemas de la piel, irritaciones del pezón, dolor y/o tumefacción de la mama, etc.

Aproximadamente sobre un 10% de las pacientes presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, siendo más habitual que a parezcan a lo largo del curso de la enfermedad. Algunos de los síntomas más frecuentes son alteraciones respiratorias, síntomas neurológicos, dolor óseo y dolor abdominal.

#### **2.5.1.5 Factores pronóstico**

Entre los factores pronóstico más importantes se hallan los ganglios linfáticos axilares, el tamaño tumoral, el grado y tipo histológico e invasión celular linfática.

Cuando no hay presencia de metástasis, la afectación axilar es el factor pronóstico más importante. Influye tanto la presencia de afectación ganglionar, como el número de ganglios afectados y si existe o no extensión extracapsular.

En ausencia de afectación ganglionar, el tamaño tumoral es uno de los factores pronóstico más relevantes. Se relaciona con el riesgo de desarrollar metástasis ganglionares y con el riesgo de recurrencia. Así, se relaciona con la supervivencia, de forma que a más tamaño tumoral menor supervivencia.

En cuanto al tipo histológico, los carcinomas ductales infiltrantes conllevan mayor afectación ganglionar y son de peor pronóstico que los tubulares. Las variedades más agresivas son los inflamatorios y los carcinosarcomas. Por otro lado, los estadios más avanzados se correlacionan con peor pronóstico.

#### **2.5.1.6 Tratamientos**

a) Cirugía. La cirugía es esencial no sólo en el tratamiento sino también en el diagnóstico. En estadios iniciales I y II, la técnica quirúrgica empleada puede ser la mastectomía radical modificada (conservación de los pectorales) o cirugía conservadora. La comparación entre la mastectomía radical modificada y la mastectomía radical indica equivalencia en términos de control local y supervivencia global, por lo que la primera se considera la técnica de elección.

Al comparar, la mastectomía radical modificada con la cirugía conservadora asociada a radioterapia postoperatoria, en tumores de menos de 3 cm., resultan equivalentes en términos de supervivencia global y recaída sistémica. Por tanto, la cirugía conservadora más radioterapia adyuvante es considerado el tratamiento de elección, siempre y cuando sea posible. Las recaídas con la cirugía conservadora son del 20% frente al 4% con la cirugía radical, sin embargo, la supervivencia no se ve afectada, puesto que éstas resultan en su mayoría rescatables mediante tratamiento local.

En tumores de más de 3 cm., con una relación tumor/volumen mama alta, mediante quimioterapia neoadyuvante la cirugía conservadora puede resultar el tratamiento adecuado.

En estadios localmente avanzados (III-A y III-B) y cáncer de mama inflamatorio, si el tumor es pequeño y predomina la afectación axilar, la cirugía conservadora puede ser una buena opción. Actualmente se tiende a administrar quimioterapia neoadyuvante, tras la cual se realiza el tratamiento quirúrgico y posteriormente se administra quimioterapia y radioterapia adyuvante.

En este grupo, los tratamientos sistémicos son fundamentales puesto que la quimioterapia o los anticuerpos monoclonales obtienen una elevada tasa de respuesta tumoral favoreciendo la cirugía conservadora posterior.

En estadios avanzados, estadio IV, se pueden llevar a cabo mastectomías simples, “de confort” o “higiénicas” con el objetivo de evitar ulceraciones o su evolución a una coraza dérmica con la consecuente pérdida de la calidad de vida.

b) Radioterapia. La radioterapia postoperatoria en estadios I y II permite conservar la mama sin perder supervivencia. Además puede tener un importante papel en la supervivencia local de pacientes de alto riesgo (con más de cuatro ganglios afectados o tumores de más de 5cm. de diámetro). En estadios III-A y III-B y después del tratamiento sistémico adecuado, el tratamiento locorregional puede ser desde cirugía más radioterapia hasta todas las opciones posibles.

Hoy en día se acepta que el tratamiento sistémico primario seguido de cirugía y radioterapia, resulta ser el que muestra mayor superioridad frente al resto de opciones.

La radioterapia en estadios avanzados puede utilizarse para el control local tras exéresis de recidivas (ej. lesiones de lecho de mastectomía); como tratamiento antiálgico en metástasis óseas; como tratamiento descompresivo en síndrome de compresión medular por metástasis vertebrales y en síndrome de hipertensión intracraneal por metástasis cerebrales.

c) Hormonoterapia. En adyuvancia tras la cirugía puede suponer un incremento significativo de la supervivencia en pacientes con tumores hormonosensibles.

En cáncer de mama metastásico la selección del paciente se basa en criterios de hormonosensibilidad, que se traduce en que el cáncer exprese receptores hormonales.



Otras características asociadas a los tumores hormonosensibles son que presenta un largo intervalo libre de enfermedad entre el tratamiento inicial y la recidiva, y que suelen presentar enfermedad limitada a partes blandas y /o hueso, con ausencia de metástasis viscerales.

Los receptores hormonales suponen el mejor factor predictivo de respuesta a la hormonoterapia, con tasa de respuesta del 60-75% en mujeres con receptores de estrógenos y progesterona positivos.

d) Quimioterapia. En estadios precoces, la quimioterapia adyuvante supone una reducción significativa del riesgo anual de muerte y recidiva. La duración óptima del tratamiento es de seis a ocho ciclos.

La quimioterapia neoadyuvante es cada vez más empleada en tumores localmente avanzados y en especial en el carcinoma inflamatorio, aunque también en tumores que aun siendo resecables se desee facilitar la cirugía conservadora.

Con respecto a la supervivencia, tanto libre de enfermedad como global, la quimioterapia adyuvante y neoadyuvante ofrecen resultados equivalentes.

## **2.5.2 Cáncer de Pulmón.**

El cáncer de pulmón es uno de los el tumores más frecuentes en el mundo y presenta una elevada tasa de mortalidad. En el año 2002 1,35 millones de personas fueron diagnosticadas de cáncer de pulmón, y 1,18 millones murieron debido a él. A pesar de los importantes avances experimentados en los últimos años, su diagnóstico se realiza generalmente en estadios avanzados, con un mal pronóstico y sin opción de tratamiento curativo. Así, la supervivencia global a los cinco años es inferior al 20 %.

En el cáncer de pulmón se puede hablar de dos tipos, carcinoma no microcítico, que supone aproximadamente el 80% y, el carcinoma microcítico o de célula pequeña. Dentro del primero se encuentran 3 subtipos, adenocarcinoma, carcinoma epidermoide y carcinoma de células grandes.

### **2.5.2.1 Epidemiología**

Se estima que en Europa se diagnostican 381.000 nuevos casos por año, suponiendo un 20% de las muertes asociadas al cáncer. En España, en el año 2000 se diagnosticaron 18.500 casos nuevos que ocasionaron unas 17.300 muertes. En el año 2006 fue la primera causa de mortalidad en hombres, siendo responsables de 16. 859 muertes, lo que supuso el 27% del

total de las muertes producidas por cáncer. En las mujeres, fue la tercera causa de muerte por cáncer, causando 2.624 muertes.

Además, se trata de un tumor con mal pronóstico, cuya supervivencia relativa ajustada por edad se estima en un 10% aproximadamente, a los 5 años del diagnóstico.

Existen diferencias en la incidencia y mortalidad relacionadas con el género y la situación geográfica, que parecen ser explicadas en función de un factor de riesgo principal, el tabaquismo. Así, para las tasas de mortalidad en los hombres, parece que el cáncer de pulmón se ha estancado o incluso retrocedido. El último análisis para el periodo 1994 al 2006 indica un descenso del 0,7% por año, en casi todas las comunidades del territorio español. En cambio, en las mujeres, a partir de 1996, parece haberse dado un incremento (4,10% anual) debido a su inclusión dentro del mundo del tabaco.

Con respecto a la situación del cáncer de pulmón en Asturias se presenta en la figura 2 las tasas específicas por 100.000 habitantes según grupos de edad, en varones, para el periodo 2001-2004 .

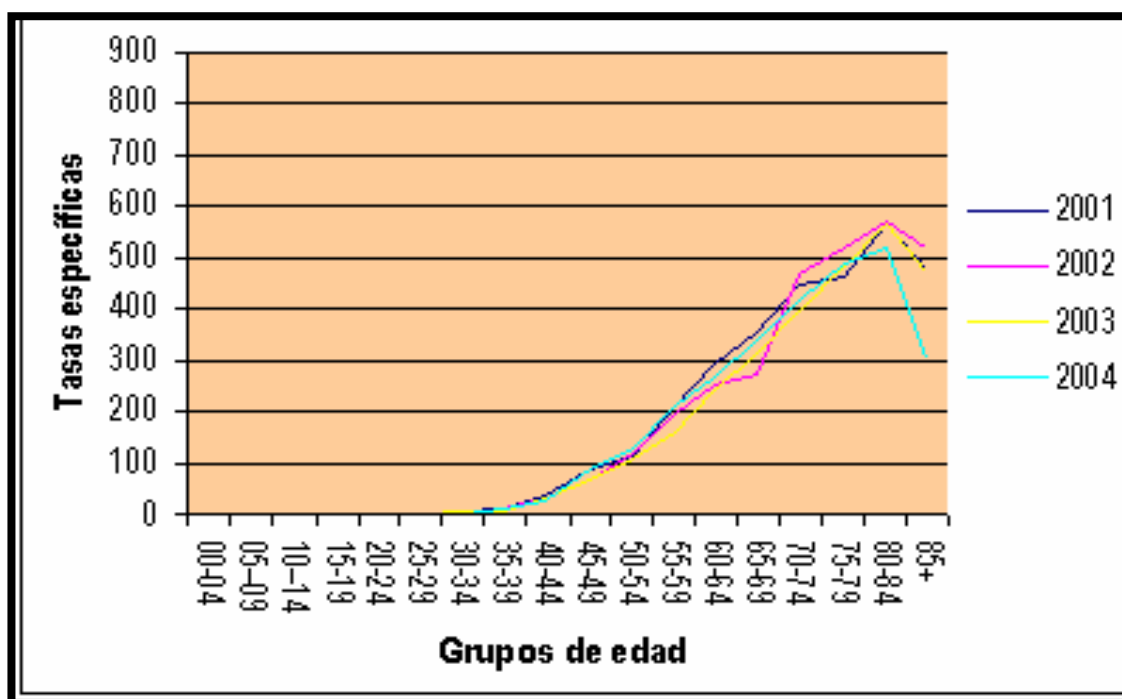


Figura 2.2. Cáncer de Pulmón. Tasas específicas por 100.000 según grupos de edad. Asturias 2001-2004. Varones.

Adaptado de *Informe Cáncer en Asturias 2001-2004*, Dirección General de Salud Pública

### **2.5.2.2 Etiología y factores de riesgo**

a) Tabaco: parece que el tabaco puede estar mediando en la aparición del 85-90% de los casos de cáncer de pulmón en hombres y del 50-80% en mujeres.

Estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la existencia de una relación indirecta entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Componentes como los benzopirenos y los hidrocarburos policíclicos parecen ejercer un papel dañino en genes como el p53, gen supresor implicado en el control del ciclo celular.

El riesgo de cáncer de pulmón en personas fumadoras es mayor que en no fumadoras (22 veces más) y está en función del número de cigarrillos consumidos, la duración del hábito, la edad de inicio, el grado de inhalación, el tipo de tabaco, la forma de fumar, la cantidad de alquitrán y nicotina, etc. El riesgo disminuye al cesar el hábito un mínimo de 5 años, aunque esta reducción no resulta significativa hasta los 15 años de abstinencia.

Para no fumadores expuestos al humo, el riesgo se ha calculado entre el 10-50%. Los no fumadores que aspiran el humo de su pareja, por ejemplo, tienen más de riesgo de padecer cáncer de pulmón que las personas con pareja no fumadora (30% más) y aquellas personas expuestas en su lugar de trabajo también presentan un mayor riesgo.

b) Edad y sexo. El cáncer de pulmón parece presentarse en una media de edad de 69 años en el varón y 67 en la mujer. Por encima de los 65 años son diagnosticados más del 50% de los casos de cáncer de pulmón y por encima de los 70 años más del 30%. Aunque parece que en los últimos 10 años la incidencia y la mortalidad se han reducido en los menores de 50 años, se han incrementado por encima de los 70.

Con respecto al sexo, a pesar de la influencia que ha supuesto el tabaco en la incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres, parece que éste presenta algunas características biológicas exclusivas del sexo femenino. El tipo histológico más frecuente en la mujer, tanto fumadora como no fumadora, es el adenocarcinoma, y la incidencia de la variante bronquioalveolar es entre dos y cuatro veces superior. Por otro lado, mujeres que nunca han fumado parecen presentar un mayor riesgo (2,5 veces superior) de padecer cáncer de pulmón y en países asiáticos hasta un 70% de los casos se dan en mujeres no fumadoras.

c) Carcinógenos medioambientales. Exposiciones a agentes como el asbesto, arsénico, cromo, formaldehído o hidrocarburos aromáticos puede estar implicada en aproximadamente el 20% de los tumores de pulmón en el hombre.

Otros factores como las radiaciones ionizantes, la contaminación atmosférica, factores dietéticos (menor consumo de frutas, verduras) parecen ser también de riesgo.

d) Riesgo familiar: parece que no hay alteraciones genéticas de transmisión hereditaria que puedan asociarse al origen del cáncer de pulmón. Sin embargo, se ha hablado de una mayor

susceptibilidad en relación a mecanismos como la reparación celular, de manera que los familiares de primer grado tienen entre 1,5 y 5 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad.

e) Enfermedad pulmonar previa: diferentes enfermedades como la broncopatía crónica obstructiva, la fibrosis pulmonar idiopática, etc., pueden incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

f) Infección por VIH: se ha hallado una incidencia aumentada de la enfermedad, con diagnósticos generalmente más avanzados y menor supervivencia. A pesar de que no se conoce con exactitud la relación entre el VIH y el cáncer de pulmón, se han propuesto diversas teorías como la inmunosupresión o la interacción con el tabaco.

### ***2.5.2.3 Historia natural***

Según la OMS, el 99% de los tumores de pulmón son carcinomas (microcítico y no microcítico). De los subtipos no microcíticos, el adenocarcinoma junto con el epidermoide son los subtipos más frecuentes. El adenocarcinoma supone el 35-40% en el mundo occidental y, en España, el 28% de los casos en los hombres y el 42% en las mujeres. El carcinoma epidermoide supone el 44% de los carcinomas en el hombre y el 25 % en las mujeres. Un 9% corresponde al carcinoma de célula grande e indiferenciado y menos del 20% corresponde al carcinoma microcítico.

El subtipo que más se ha relacionado con el tabaquismo ha sido el carcinoma epidermoide, seguido por el carcinoma microcítico y por el adenocarcinoma.

En cuanto a la localización del tumor, resulta más frecuente en los lóbulos superiores y en el hemitorax derecho. Cada variante suele tener unas peculiaridades que pueden orientar con respecto al diagnóstico.

### ***2.5.2.4 Signos y Síntomas***

Aunque al momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presentan síntomas, éstos pueden ser confundidos con síntomas previos que los pacientes pueden presentar. Esto es así porque muchas veces los pacientes son fumadores y pueden presentar enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Las manifestaciones clínicas pueden estar en función de aspectos como el subtipo histológico, la localización en el pulmón, las metástasis a distancia, etc.

Tabla 2.12 Clínica del cáncer de pulmón: frecuencia de signos y síntomas

Síntomas y signos	Frecuencia (%)
Tos	5-75
Pérdida de peso	0-70
Disneas	5-60
Dolor torácico	20-50
Hemoptosis	5-35
Dolor óseo	5-30
Fiebre	0-20
Disfagia	0-2

Adaptado de Cortés-Funes y Colomer, 2009.

La presencia, número de síntomas y su intensidad en el momento del diagnóstico pueden estar relacionados con la extensión de la enfermedad. Se estima que menos de un 10% de los pacientes pueden estar asintomáticos, en torno a un 25% pueden presentar sintomatología asociada al tumor primario, el 35% presentar síntomas sistémicos como anorexia, astenia y pérdida de peso relacionados con el tumor y el 30% presentar síntomas específicos de las metástasis.

La importancia de la presencia de síntomas al diagnóstico es tal que ésta puede asociarse a la supervivencia. De manera que la supervivencia a los 5 años puede verse reducida en pacientes que presentan sintomatología, especialmente la específica de las metástasis.

· Clínica relacionada con el tumor primario.

a) Tos. Es el síntoma inicial de mayor frecuencia, presente en un 70-80% al momento del diagnóstico, pudiendo reaparecer e intensificarse en fases avanzadas de la enfermedad.

Se trata de un síntoma muy inespecífico, ya que está presente en más del 90% de los fumadores, sin embargo, cambios en las características de la tos como la aparición de esputos hemoptoicos, fiebre o sibilancias pueden hacer sospechar de un cáncer bronquial.

b) Disnea. Se trata de una sensación subjetiva definida como la dificultad para desarrollar la respiración con normalidad. Puesto que el proceso respiratorio es involuntario, la disnea resulta ser una experiencia altamente desagradable.

Las causas de la disnea suelen hallarse en una obstrucción bronquial y asociarse con un incremento de la tos y de la expectoración.

La disnea parece presentarse en un 15% de los pacientes al momento del diagnóstico, pudiendo alcanzar su incidencia hasta cerca del 60% a lo largo del proceso de enfermedad y alcanzando hasta un 75% en las fases finales.

La disnea puede conllevar a una menor supervivencia y deteriorar la calidad de vida del paciente.

c) Hemoptisis. Consiste en la expulsión oral de sangre procedente del sistema respiratorio. Se observa en 7-10% de los pacientes en el momento del diagnóstico y puede alcanzar un 25% durante el proceso de enfermedad.

d) Dolor torácico: puede suponer un síntoma inicial en un 25-50% de los casos y sus características van a estar en función de la localización del tumor, extensión e invasión de tejidos.

· Clínica relacionada con la enfermedad a distancia.

En un 80% de los pacientes está presente la fatiga y la disminución de la actividad normal, además de astenia, pérdida de apetito y de peso.

Aunque puede metastatizar a cualquier lugar, los más frecuentes son la pleura, el pulmón, huesos, cerebro, pericardio e hígado. La afectación suprarrenal aparece hasta en un 41% de los casos, y en la mayoría de los casos sin síntomas.

#### **2.5.2.5 Factores pronóstico**

Aunque su identificación es compleja debido a la heterogeneidad de los distintos tipos de tumores, pueden tener un gran peso ya que permiten predecir la evolución de la enfermedad y/o la eficacia de las estrategias terapéuticas, y de ahí la importancia de detectarlos.

Entre los factores pronóstico dependientes del tumor se hallan, el tamaño tumoral, el estadio de la enfermedad, la diseminación de la enfermedad, la localización de las metástasis y su número, anatomía patológica y factores biológicos (alteraciones genéticas, mutaciones, proteínas específicas, etc.). De todos ellos, el estadio de la enfermedad resulta ser uno de los más relevantes para establecer el pronóstico de la enfermedad y el procedimiento terapéutico a poner en marcha, puesto que tiene una clara correlación con la supervivencia. Por otro lado, la localización de las metástasis y su número pueden tener influencia en la supervivencia.

Entre los factores pronóstico dependientes del paciente se hallan: sexo, edad, comorbilidad, estado general, pérdida de peso y parámetros analíticos (ej. niveles de hemoglobina y LDH). De ellos, el estado general resulta ser el más relevante, ya que, además de que las medidas utilizadas para su valoración (IK y ECOG) correlacionan con la supervivencia, puede ofrecer información sobre la efectividad y tolerancia al tratamiento oncológico. Además, parece que el cáncer de pulmón en la mujer puede presentar un comportamiento biológico diferente al hombre. En las mujeres la tasa de supervivencia a los

cinco años es del 15,6% frente al 12,4% en los hombres. Con respecto a la edad, aunque la edad cronológica no tiene por qué ser un factor pronóstico negativo, la edad avanzada puede estar relacionada con la presencia de enfermedades que pueden condicionar la actitud terapéutica. La comorbilidad parece ser especialmente relevante en el cáncer de pulmón, puesto que, puede comprometer la supervivencia del paciente.

Además de éstos, también se han estudiado los posibles factores pronóstico y predictores de respuesta asociados al tratamiento oncológico.

### **2.5.2.6 Tratamientos**

a) Cirugía. La mejor opción curativa la proporciona la cirugía cuando esta es técnicamente posible y, generalmente, esto ocurre en estadios I y II.

El método quirúrgico de elección es la lobectomía, puesto que la realización de intervenciones más conservadoras puede incrementar las tasas de recidivas y disminuir la supervivencia.

b) Radioterapia. Con respecto a la radioterapia, se puede utilizar directamente sobre el tumor, en estadios I y II no operables, III-A irresecables o III-B asociada a quimioterapia, de modo adyuvante tras cirugía sólo si hay márgenes positivos o hay afectación ganglionar N2, o como tratamiento paliativo local en metástasis cerebrales, compresión medular, dolor óseo refractario, hemoptosis o síndrome de vena cava superior.

c) Quimioterapia. Muchos agentes citostáticos resultan activos en el cáncer de pulmón. Los más utilizados clásicamente han sido los derivados del platino, la ifosfamida, mitomicina, vindesina y etopósido. Estos agentes parecen obtener tasa de respuesta en torno al 15%. Los más activos son el Cisplatino y el Carboplatino. Existen fármacos como el docetaxel, el paclitaxel, la vinorelbina, la gemcitabina,... también activos.

En varios estudios se observa el beneficio (4% de la supervivencia global) de la quimioterapia adyuvante, utilizada tras la cirugía en estadios desde IB a III-A. En estadios III-A irresecables existen estudios que parecen poner de manifiesto que la quimioterapia neoadyuvante aumenta la resecabilidad y la supervivencia. En estadios III-B el tratamiento estándar es la administración de quimioterapia concomitante con radioterapia.

Puesto que el cáncer de pulmón metastásico es incurable, el tratamiento de elección es la administración de poliquimioterapia aumentando la supervivencia en un rango de 2 a 4 meses, en general. También aumenta el tiempo de progresión y en muchos casos puede mejorar la calidad de vida.

Tabla 2.13 Modalidades de tratamiento por estadios.

TRATAMIENTO POR ESTADIOS EN CARCINOMA NO MICROCITICO DE PULMÓN	
ESTADIO I y II	Cx (lobectomía) + QT adyuvante
ESTADIO III-A	Cx si es posible Si existe afectación ganglionar mediastínica homolateral o subcarinal (N2): QT neoadyuvante
ESTADIO III-B	QT+RT preferiblemente concomitante
ESTADIO IV	QT/ Nuevos agentes (ej. Erlotinib o bevacizumab)
TRATAMIENTO POR ESTADIOS EN CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN	
ENF. LIMITADA	QT+RT concomitante. Si existe respuesta completa, RT craneal profiláctica
ENF. EXTENSA	QT

Adaptado de Cortés-Funes y Colomer, 2009.



### 3. FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

---

El cáncer es una enfermedad que puede entenderse como un proceso con distintas fases que el paciente y su entorno tendrán que afrontar. A los síntomas de la enfermedad y los efectos del tratamiento, el cáncer añade toda una serie de amenazas en relación al miedo, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, la incertidumbre, así como el estigma que supone la enfermedad. Todo ello, puede trastocar la continuidad de las rutinas y hábitos diarios en los distintos ámbitos de la vida del paciente (laboral, familiar, social,...) suponiendo un impacto emocional y una gran repercusión en su calidad de vida y la de los que le rodean (Montarezi, 2008; Yokoyama et al., 2012). En estas circunstancias el paciente puede verse avocado a toda una serie de abandonos de actividades de su vida y delegación de responsabilidades que, muchas veces, recaerán en las personas de su entorno (médico y/o otros profesionales de la salud, familia, amigos,...) que, a su vez, pueden estar facilitando y/o manteniendo este abandono. De este modo, la persona puede adoptar el rol de enfermo, desplegándose toda una serie de conductas de enfermedad. Todo esto, puede suponer la pérdida de gratificaciones y actividades relevantes del paciente, favoreciendo un peor estado de ánimo (tristeza, inutilidad, depresión) (Fernández, Villoria et al., 2011).

Por ello, desde el punto de vista de la intervención psicológica, es necesario tener en cuenta todas las circunstancias que rodean al paciente y a su entorno (síntomas, limitaciones, alteraciones de las rutinas diarias, problemas emocionales, etc) y, que además, pueden ser distintas en función de cada fase o momento de la enfermedad y/o tratamiento. Estas fases por las que el paciente puede pasar en el transcurso de la enfermedad, junto al pronóstico de la misma pueden resultar críticas para determinar los objetivos generales y el formato más adecuado de intervención (Fawcy, 1999). Por ello, en este trabajo, se ha tomado como criterio para la exposición y descripción de las distintas investigaciones que han aplicado intervención psicológica en oncología estas fases, basadas en diversos estudios psicométricos y psicopatológicos en pacientes de diferentes poblaciones oncológicas. Sin embargo, no dejan de tener un carácter general y descriptivo y, por tanto, aunque este criterio también ha sido utilizado por otros autores, podrían haberse tomado otros criterios igualmente útiles, como por ejemplo, tipo de intervención, objetivos de la misma, etc.

Los trabajos presentados se han obtenido a partir de la búsqueda exhaustiva en las bases de datos Medline y CancerLit, y se han centrado fundamentalmente en los años 2000-2012. Los descriptores utilizados para este fin han sido: "cancer and quality of life", "cancer and quality of life and review," "breast cancer and quality of life", "lung cancer and quality of life", "cancer and psychological intervention", "breast cancer and psychological intervention", "lung cancer and psychological intervention", "cancer and psychological intervention and review" y "cancer and behavioral therapy". Además, con el objetivo de abarcar otros trabajos, especialmente trabajos previos al año 2000, se han tenido en cuenta distintas revisiones publicadas por otros autores (Barsevick, Sweeney, Haney y Chung, 2002; Blake-Mortimer, Gore-Felton, Kimerling, Turner-Cobb y Spiegel, 1999; Cwikel y Behar, 1999; Devine y Westlake, 1995; Fawcy, 1999; Font, 2009, Capítulo 2; Fors et al., 2011; Ibañez y Soriano, 2008; Moyer,

Sohl, Knapp-Oliver y Schneider, 2009; Newell, Sanson-Fisher y Savolainen, 2002; Redd, Montgomery y DuHamel, 2001; Ross, Boesen, Dalton, Johansen, 2002).

### **3.1 Fases**

#### **3.1.1 Fase de sospecha y diagnóstico**

Ante la presencia de posibles signos, síntomas o chequeos rutinarios, el paciente puede verse avocado a toda una serie de procesos y pruebas diagnósticas que pueden hacer sospechar de la presencia de la enfermedad. En esta situación el paciente puede contar con más o menos información orientativa a cerca de lo que está pasando, pero que, en definitiva, supondrá un periodo sin respuestas claras para confirmar o descartar la enfermedad.

Este periodo, cuya duración es variable, puede resolverse en pocos días o superar el mes. Esta espera se ha relacionado con la aparición de una serie de reacciones como preocupación, hipervigilancia, alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, angustia, miedo a lo desconocido, sensación de pérdida de control, etc. (Lehto y Cimprich, 2009; Stephens, Osowski, Fidaley Spagnoli, 2007). A esto, además, podría añadirse la presencia de posibles síntomas asociados a la enfermedad (dolor, cansancio, fatiga, efectos de procesos quirúrgicos...) que podrían estar generando malestar emocional así como alteraciones en la vida cotidiana del paciente (dificultades laborales, familiares, domésticas, de autocuidado, sociales...)

Por todo ello, es necesario proporcionar el diagnóstico con la mayor brevedad posible, para tratar de poner en marcha los procedimientos médicos necesarios que garanticen el mayor bienestar físico posible. Además, esto a su vez podría favorecer la puesta en marcha de distintos procesos (apoyo, orientación, búsqueda de información...) que se asume repercutirían positivamente en el estado emocional y funcional del paciente.

Una vez, llegado al diagnóstico de cáncer, éste puede suponer un gran impacto emocional y desencadenar distintas reacciones y emociones, tales como ira y hostilidad, ansiedad, depresión, culpabilidad, sentimientos de tristeza, soledad e incomprensión, dificultad de concentración, retardo psicomotor, alteraciones del sueño y apetito, etc (Cimprich, 1999; Fallowfield, 2008; Fawcy, 1999; Shepherd y Fisher, 2004; Stark et al., 2002).

Inicialmente, el paciente suele presentar una reacción de "shock", sintiéndose bloqueado, angustiado e incapaz de tomar decisiones. A partir de este momento, puede adoptar distintas conductas. Tales como, considerar la enfermedad como un desafío ante el que poner en marcha mecanismos y actuaciones para afrontarlo o, como una amenaza total a sus proyectos presentes y futuros, provocando un paréntesis en los mismos para centrarse en la enfermedad. O bien, la negación, tanto de la presencia de la enfermedad, como restando importancia a ésta y a su tratamiento, mostrando incluso rechazo hacia las medidas terapéuticas. Puede aparecer rabia y enfado, culpando incluso los demás de lo que ocurre. En otras ocasiones el paciente sólo se centra en las pérdidas que la situación supone, enfocando la enfermedad como una batalla perdida de la vida frente a la muerte.

Holland, Rowland, Lebovits y Rusalem (1979) proponían “las seis Des” para resumir los miedos que conlleva enfrentarse a un diagnóstico de cáncer:

1. “Death”, la muerte sería el temor inmediato asociado directamente con el diagnóstico.
2. “Dependency”, el miedo a la dependencia de los demás y a no valerse por uno mismo.
3. “Disfigurement”, la preocupación por la deformación de una parte del cuerpo como consecuencia de la repercusión de la propia enfermedad o los tratamientos quirúrgicos o quimioterapéuticos sobre la apariencia y el esquema corporal (pérdida del cabello, amputaciones de las zonas afectadas....), y también sobre las funciones fisiológicas como la micción, la defecación, la sexualidad, etc.
4. “Disability”, la sensación de incapacidad, que estaría relacionada con la interferencia que la enfermedad produce en los objetivos familiares, sociales, laborales, económicos... del paciente; y también con la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, sobre el futuro y sobre las metas planteadas.
5. “Disruption of interpersonal relationship”, la alteración de las relaciones interpersonales como consecuencia de la enfermedad es otro aspecto que preocupa al enfermo, ya que puede verse amenazado el cumplimiento de los roles y actividades sociales acostumbrados (separación de la familia, amigos, pérdida de roles sociales importantes, necesidad de depender de otros, etc.)
6. “Discomfort”, el miedo al dolor y al sufrimiento físico en las últimas fases de la enfermedad es un temor frecuente en los enfermos con cáncer.

Además, Holland (1982), añadirá la “séptima d”, que es consecuencia de las características del desarrollo de los tratamientos en los últimos quince años (quimioterapia, radioterapia y cirugía), que ha proporcionado un elevado número de largos supervivientes:

7. “Disengagement”, retirada del entorno relacionado con el diagnóstico y de la atención hospitalaria una vez finalizado el tratamiento y la incorporación a un estilo de vida casi normal.

Todas estas conductas y reacciones también se verán alteradas en función, de las características de la enfermedad (localización, estadio, tratamientos, sintomatología, pronóstico...), del paciente (estrategias de afrontamiento, grado de eficacia, expectativas...), del entorno médico (forma de transmitir la información, contenido del mensaje), y del entorno social (reacciones de amigos y familiares).

Por tanto, el diagnóstico de cáncer no sólo supone aceptarlo sino también tomar decisiones sobre los tratamientos, afrontar cambios físicos y pérdidas funcionales derivados de la enfermedad y/o tratamiento (Bertero, Chamberlain Wilmoth, 2007; Montarezi et al., 2008), así como cambios en la vida diaria. Ante esta situación, se generará una gran incertidumbre, distrés psicológico, así como la necesidad de información y apoyo (Budin et al., 2008; Cimprich, 1999; Ganz et al., 2002; Shepherd y Fisher, 2004; Steinberg et al., 2009), que como se ha visto en diferentes trabajos, puede persistir a lo largo de todas las fases de la enfermedad (Badger,

Brader, Mishel y Longman, 2004; Budin et al., 2008; Ganz et al., 2002, Meyerowitz, 1980; Semple, Sullivan, Dunwoody, Kernoham, 2004).

Han sido numerosos los trabajos que han investigado estos aspectos, así como las intervenciones psicológicas y psicosociales, que con distintos objetivos, han sido propuestas para tratar de facilitar su manejo.

Muchos trabajos han subrayado la importancia de proporcionar información tanto al paciente como a la familia, proporcionar apoyo social y establecer una buena relación médico-paciente (Ernstamnn et al., 2009; Fallowfield, 2008; Font, 2009, Capítulo 2 ; Fuentes y Blasco, 2010; Landsdown, Martin y Fallowfield, 2008; Stephens et al., 2007). En un estudio de Kerr, Engel, Schesinger-Raab, Saner y Hölzel (2003), se vio como casi el 50% de los pacientes juzgaban que la información que habían recibido, en relación a diferentes aspectos médicos de la enfermedad, había sido incompreensible o incompleta. Además, aproximadamente la mitad demandaban la oportunidad de hablar más con el equipo médico.

Sin embargo, no todos los pacientes en esta situación tienen las mismas necesidades o demandan la misma información. Mientras algunos no desean obtener información o no desean participar en el proceso de toma de decisiones, otros quieren estar totalmente informados, independientemente de que dicha información sea buena o mala (Beaver y Booth, 2002). Por otro lado, la información puede suponer una ventaja para algunos pacientes en cuanto que les ayuda a ganar sentido de control pero, por otro lado, puede incrementar el nivel de preocupación por la situación (Leydon et al., 2000; Rees y Bath, 2001).

Además, muchas veces el personal sanitario desconoce exactamente lo que el paciente quiere conocer, no saben exponer la información o no disponen de tiempo para ello. Por tanto, no sólo será necesario tener en cuenta las necesidades de los pacientes y su familia en este momento, sino también, la cantidad y la calidad de la información proporcionada por el equipo médico, así como, el modo de proporcionar dicha información. Para ello, el abordaje profesional específico puede tener un papel fundamental (Capozzo, Martinis, Pellis, Giraldi, 2010; Fallowfield y Jenkins, 2004, 2006; Fallowfield, Ratcliff, Jenkins, Saul, 2001; Fallowfield, 2008; Font, 2009, Capítulo 2; Fuentes y Blasco, 2010; Stewart, 1995; Velikova et al., 2004).

Desde la perspectiva de proporcionar información y educación, las intervenciones se han orientado tanto a aspectos médicos (diagnóstico y pronóstico, síntomas, tratamientos y sus efectos...) como aspectos psicosociales (aspectos emocionales, adaptación a la enfermedad, apoyo emocional, social y/o económico...) Mediante diferentes profesionales (enfermería especializada, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras), la información ha sido proporcionada mediante folletos, libros o revistas, material audiovisual, charlas o reuniones; a través de internet o del teléfono; y mediante conversación tipo counseling. Este tipo de intervenciones han mostrado efectos positivos en relación a mejorar la comunicación médico-paciente (Velikova, et al., 2004); mejorar el conocimiento con respecto a la enfermedad y aspectos relacionados con los tratamientos y ofrecer apoyo adicional para mejorar conocimientos sobre los recursos disponibles para la obtención de ayuda (Ferlic, Goldman, y Kennedy, 1979; Sangrend y McCaul, 2007; Stephens et al., 2007). Además, han

logrado reducir el estrés, mejorar el estado afectivo (ansiedad y depresión) (Capozzo et al., 2010; Fawcy, 1999; Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell y Somerffield, 1999; Hosaka et al., 2001; Jensen, Madsen, Andersen y Rose, 1993; McQuellon et al., 1998; North, Cornbleet, Knowles y Leonard, 1992), y el ajuste y afrontamiento a la enfermedad (Budin et al., 2008; Durá e Ibáñez, 1991; Ferlic et al., 1979; Hoskins et al., 2001; Witt et al., 2009). Asimismo, algunos trabajos han apuntado su utilidad para mejorar la adherencia al tratamiento (Ream y Richardson, 1996).

Otros trabajos, en cambio, han señalado como, aunque los pacientes bajo intervención psicológica obtienen mejoras, éstas no siempre resultan significativas, en comparación con aquellos pacientes sin intervención (Hong-luan et al., 2007; Lerman et al., 1992; Sandgren y McCaul, 2007). Esto, podría poner en duda la efectividad de la misma y, también, poner de manifiesto la necesidad de identificar los aspectos a los que debe ser destinada y qué sujetos por sus características podrían beneficiarse más de ellas.

Intervenciones que han incluido paquetes de técnicas cognitivo-conductuales (solución de problemas, imaginación guiada, biofeedback, relajación, reestructuración cognitiva...), utilizadas por distintos profesionales de la salud se han mostrado, en ocasiones, útiles en diferentes aspectos. Así, parecen adecuados para resolver sentimientos negativos y obtener una mejoría en la respuesta inmunológica (Gruber et al., 1993), favorecer la aceptación del diagnóstico, mejorar el ajuste y afrontamiento a la enfermedad y reducir el estrés (Garsen et al., 2012; Greer et al., 1992). Parecen idóneos para facilitar una alianza con el médico y el equipo de tratamiento y desarrollar e iniciar un plan de tratamiento. También, han mostrado efectos positivos en relación a mejorar de la calidad de vida del paciente (Coyne, Lepore y Palmer, 2006; Cwikel y Behar, 1999; Devine y Westlake, 1995; Fawcy, Fawcy, Arndt, Pasnau, 1995; Hosaka et al., 2001; Kerr, et al., 2003; Newell et al., 2002; Sandgren, McCaul, King, O'Donnell y Foreman, 2000).

Las intervenciones psicoterapéuticas individuales en esta fase, según Fawcy et al. (1995), se han orientado fundamentalmente, al establecimiento de una relación de empatía con el paciente con el objetivo de disminuir el estrés y la ansiedad, proporcionar apoyo emocional y comprensión, y mejorar el ajuste a la enfermedad (Burton et al., 1995; Capone, Good, Westie, y Jacobson, 1980; Edgar, Rosberg y Nowlis, 1992; Gordon et al., 1980; Worden y Weisman, 1984). En otros casos, se han centrado en el control de síntomas y, en general, en la mejora de la calidad de vida (Salonen et al., 2009; Velikova et al., 2004).

Intervenciones mediante Mindfulness logran efectos positivos en depresión, ansiedad, distrés, dolor, sueño y calidad de vida (Foley, Baillie, Huxter, Price y Sinclair, 2010; Kvillermo y Bränstrom, 2011).

También, intervenciones que con distintas técnicas han trabajado con grupos de intervención han logrado mejorar el estado afectivo (reducción de ansiedad, estrés, depresión) y mejorar el ajuste y el conocimiento sobre la enfermedad (Bloom, Ross y Burnell, 1978; Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer y Schwartz, 1986; Ferlic et al., 1979; Hosaka et al., 2001; Lieberman et al., 2003; Spiegel et al, 1999; Winzelberg et al., 2003).

En general, en esta fase, los trabajos han subrayado la importancia de distintos aspectos como fomentar la relación médico-paciente, proporcionar información clara y adecuada, ofrecer apoyo y tratar de mejorar el estado emocional y físico. Así, se trataría de reducir la incertidumbre, facilitar la toma de decisiones y mejorar el ajuste a la enfermedad y, sobre todo, favorecer la calidad de vida del paciente, sin olvidar la importancia de las necesidades específicas de cada uno.

A pesar, de que parecen obtenerse resultados favorables, tal como se ha visto, no todos los trabajos se han mostrado concluyentes, presentado con frecuencia importantes limitaciones. Por un lado, por la presencia de diferentes problemas metodológicos como, tamaño de muestra reducido, ausencia de aleatorización, número de sesiones reducido, indefinición de variable dependiente/independiente, ausencia de grupo control, representatividad de las muestras, etc. Por otro lado, en algunos trabajos

han empleado técnicas no siempre justificadas por los objetivos de la intervención, bien, por la ausencia de trabajos previos de las mismas características que las avalen, bien, porque aun existiendo éstos, no han cumplido los requisitos necesarios para proporcionar las garantías metodológicas que apoyen su utilización.

Todo ello, pone de manifiesto la necesidad de ser cauto a la hora de tener en cuenta las conclusiones derivadas de los estudios.

Tabla 3.1 Intervenciones fase diagnóstico

Intervenciones informativas/ educativas									
Autor	Intervención/ Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo tumor	Duración/ nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Capozzo, et al., 2010	Informativa	Estado emocional	29	Mama		Pre / post T	MAC	↓ estrés	N ↓ Dif. G M
Sangred y McCaul, 2007	Telefónica. Expresión de emociones.	Calidad de vida Estado emocional	218 GC y GI	Mama	6 S	Pre T Sg: 4 y 10 m.	POMS Coping Response Indices-Revised Medical Outcome Scale	GC y GI: ↓ estrés ↑ CV GI < ansiedad y confusión (≠ n signif)	S ↓ EP
Hong-Luan, et al., 2007	Int. Breve estructurada: Incluye: 1. Clarificar cond. médicas 2. Reducción de ansiedad: relajación y autohipnosis 3. Expresión de emociones y obtención de apoyo social 4. Cumplimiento del régimen médico 5. Explicación de estilos y habilidades de afrontamiento	Estado emocional y apoyo Adherencia al tratamiento. Educación y afrontamiento al cáncer y sus efectos.	60 GC y GI	Mama	2S (pre y post Cx)	Pre /post Cx	SAS, SDS, SCL-90, SET, TCSQ, LES, LSIA, NC	GI: punt < SAS, SDS, SCL-90 NC, punt > en SET y PC	n Sg N ↓ Nº S ↓
Fogarty, et al., 1999	Información + video	Estado emocional	- GC: video informativo (técnico) GI: información sobre tratamiento + "compasivo-comprensivo"			-	STAI	GI < ansiedad-estado. GC = GI en: · retención de inf. · decisiones	M

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

McQuellon, et al., 1998	Información y visita guiada	Estado emocional	150			pre / post T	STAI, CES-D	GI: · < ansiedad y · < depresión · + recursos ayuda · + satisfacción con hospital	-
Jensen, et al., 1993	Información	Estado emocional e información	34			-; Sg: 3 m	-	↓ ansiedad ↓ incertidumbre ↑ recuerdo de inf.	M
North, et al., 1992	Distintas formas de proporcionar información	Estado emocional e información	- GC GI : entrevista grabada			-	-	GI: · < ansiedad · > retención de inf.	-
Lerman, et al., 1992	Teléfono + counseling	Estado emocional	90 GC = 42 GI= 48			Sg: año	Psychiatry Symptom Index; GHQ	GC y GI = al año	-
Dura Ibáñez, 1991	Información verbal Información escrita	Ajuste a la enfermedad	71 GC(25) GI1(24): información sobre el tratamiento y Cx desde la hospitalización y tras la Cx en presencia de un familiar GI2(22): lo mismo sin presencia familiar	Mama		Pre/ post-Cx Sg: 1 y 6 m	-	GI: (sólo a LP) > ajuste a la enfermedad	M
Ream y Richardson, 1996	Educación tratamiento	Adherencia al tratamiento - 4 grupos: 1) GC 2) GI1: sesión educativa en el hospital 3) GI2: sesión educativa toma de medicación 4) GI3: ambas				-	-	3 GI: > adherencia	-



Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Gordon, et al., 1980	Educación + counseling	Estado emocional	269 GC= 131 GI= 138			-	Checklist : MAACL	GI: · ↓afecto negativo · Uso + activo del tiempo · perspectiva vital + realista	-
Intervenciones grupales									
Autor	Intervención	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nºsesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Lieberman, et al., 2003	Apoyo electrónico	Depresión y dolor	32	Mama	16 S (1 x semana)	pre/post T Sg: 1 m	CES-D, MAC, WAI,CECS, PTGI	↓ depresión ↓reacc. negativas al dolor	N ↓ n GC n A
Winzelberg, et al., 2003	Apoyo social por internet	Depresión Trauma asociado al diagnóstico de cáncer.	72 GI y GC	Mama	12 semanas	Pre/post T	CES-D, PCL-C, STAI, PSS (1º); CBI, mini-MAC (2º)	GI: ↓ depresión ↓estrés percibido. No cambios signif. en: ansiedad afrentamiento	N ↓ n Sg EEy ED M
Hosaka, et al., 2001	Individual+grupal: psicoeducación, relajación e imaginación guiada.	Estado emocional	43	Mama	5 S semanales estructuradas 3 S grupales adicionales	Pre/post T Sg: 6 m sesiones individuales (5ª semana), post sesiones grupales (8ª semana)	POMS	↓ POMS: depresión falta de vigor, tensión-ansiedad alt. del humor total.	Nº S ↓
Spiegel, et al., 1999	Expresión y Apoyo	Estado emocional Supervivencia	112	Mama	12 S 12 semanas (1Sxsemana)	. Sg: 2,6 y 12m	POMS, HAD	Al Sg año: ↑ estado emocional ↑ supervivencia No ↑ en el estrés	-
Cain, et al., 1986	Counseling relajación y comunicación.	Estado emocional Información sobre el cáncer, el impacto del tratamiento y la dieta	59		8 S	Pre/post T Sg: 6 m	HAD, PAIS	↑ansiedad, depresión, estrés y funcionalidad	-

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Ferlic, et al., 1979	Información-educación, counseling y apoyo social	Afrontamiento a la enfermedad Información	30 GC GI		6 semanas	Pre /post Sg: 6 m	-	GI ↑ (signf.): ·Adaptación y conocimiento de la enfermedad. ·Actitud hacia el grupo y la muerte · Intensidad en relaciones personales ·Autoconcepto	M GC n A
Bloom, et al., 1978	Información, educación y counseling no conductual	Autoeficacia Calidad de vida	39; GC(sólo información) = 18 GI= 21	Mama		Pre/durante/post H Sg: 2 m	POMS	GI (en Sg.) signf.: > autoeficacia ↑ CV	M
Intervenciones psicoterapéuticas individuales									
Autor	Intervención	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nºsesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Kvillermo y Bränström, 2011	Entrenamiento en mindfulness reducción estrés	Estado emocional y físico	18	Diferentes tipos	8 semanas	Post	Entrevista semiestructurada	↑calidad de sueño ↑energía ↑dolor ↑ bienestar	N ↓ n GC n Sg M
Foley et al., 2010	Mindfulness basado en Terapia Cognitiva	Estado emocional Calidad de vida	115 GC: lista de espera GI	Diferentes tipos	8 S semanales	Pre / post I Sg: 3 m	-	GI (sig.): ↑mindfulness y CV ↓depresión, ansiedad y distrés	-
Velikova et al., 2004	Comunicación y manejo de decisiones.	Calidad de vida. Bienestar y cuidado. Continuidad de los cuidados médicos. Satisfacción de los pacientes	286; GI (144 ): cuestionarios + feedback del profesional de la salud GA(70): cuestionarios sin feedback GC: 72	Mama Ginecológico Renal Vejiga Sarcoma Melanoma Otros	-	estudio prospectivo (medidas repetidas).	EORTC, HAD, FACT-G	El GI y el GA: > CV GI = GA	PM M
Salonen et la., 2009	Intervención telefónica de apoyo	Calidad de vida	228 GC=108 sesión educativa GI=120 sesión educativa + intervención	Mama	3 S	Pre/post	EORTC QLQ-BR23, QLI-CV	GI (sig.) sólo BR-23: > imagen corporal > perspectiva futura < efectos post-Cx	N control V Dif. G

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Burton, et al., 1995	terapia psicológica breve preoperatoria	Estado emocional	-	Mama		Sg: 1 año	-	Pacientes con + eventos vitales estresantes: ↑ estado afectivo En Sg: =	-
Edgar, et al., 1992	Intervención: · Fijación de objetivos · Revaloración cognitiva · Técnicas de solución de problemas · Uso efectivo de recursos · relajación	Estado emocional y afrontamiento	G1: intervención tras el diagnóstico. G2: intervención postergada (4 meses)		5S	-	-	G2: < miedo y depresión	-
Worden y Weisman, 1984	Intervención psicosocial preventiva.	Estrés y estrategias de afrontamiento	381 GC GI: más estrés y pocas estrategias de afrontamiento			-	-	GI: ↑ estrés ↑ estrategias afrontamiento	-
Capone, et al., 1980	Programa de counseling no conductual	Ajuste a la enfermedad	97 GC = 41 GI = 56	Ginecológico	4S mínimo	- Sg: 1 año	Self-rating symptom scales, POMS	GI (sig): < alt. Emocionales < disfunciones sexuales > actividad laboral Al año de Sg. =	Dif. G
Intervenciones cognitivo-conductuales									
Autor	Intervención	Objetivo	N/ Grupos-condiciones	Tipo de tumor	Duración/nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Sangred, et al., 2000	Telefónica: · reestructuración cognitiva · entrenamiento en habilidades de afrontamiento · solución de problemas · relajación	Estado emocional Calidad de vida	53	Mama		-	-	↓ estrés	-

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Gruber, et al., 1993	Relajación muscular progresiva, imaginación guiada y biofeedback	Sistema inmunológico Estado emocional	30 GC y GI			-	-	GI (sig.) >respuesta inmunológica >control de ansiedad	N ↓ Dif. G
----------------------	--	--	------------	--	--	---	---	--	---------------

Intervenciones destinadas a todos los momentos de la enfermedad									
Autor	Intervención	Objetivo	N/ Grupos-condiciones	Tipo de tumor	Duración/ n°sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Sherman et al., 2012	Psicoeducación y counseling telefónico	Afrontamiento Ajuste emocional, físico y social	249 GC 3 GI: 1) psicoeducación 2) counseling telefónico 3) ambos	Mama	4S (1 x fase)	D, Post Cx T (adyuvante), R	PAIS, PAL-C, SRHS, BCTRI,	GI (sig.): ↑salud general, social, psicológicas No sig: física y social	H → Dif. G PM N° S ↓
Budin, 2008	Telefónica. Educación y counseling Intervención ajustada a cada momento de la enfermedad	Ajuste emocional, físico y social	249 4 grupos: 1)GC, 2)psicoeducativo 3)counseling 4) ambas	Mama	-	D, T,R	PAIS, PAL-C, SRHS, BCTRI,	Todos los GI ↑ GC pobre ajuste	n Sg
Hoskins, et al., 2001	Educación y counseling Int dirigida a 4 momentos de la enfermedad	Ajuste emocional, físico, social. Percepción de apoyo	12 parejas 1)educación estándar+ audiovisual 2)counseling telefónico 3)educación+counseling	Mama		Pre/post Cx, T, R			M AE inadecuados

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Leyenda

Resultados/ Limitaciones	Instrumentos	
A: aleatorización	BR-23: Módulo específico de cáncer de mama del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC	MAC: Minimal Adjustment to Cancer Scale
AE: análisis estadísticos	BDI: Beck Depression Inventory	MAACL: Multiple Affect Adejetive Check-list
C: control	BPI: The brief Pain Inventory	MSAS: Memorual Symptom Assessment Scale
Dif. D: dificultad de generalización	BPI-SF: Family Pain Inventory- Short Form	PAIS: Psicosocial Adjustment to Illness Scale
EE: especificación de eficacia	BQ: The barriers Questionnaire	PAL-C: Profile of Adaptation to Life Clinical Scale
ED: especificación de diagnóstico	BQ-II: The barriers Questionnaire II	POMS: Profile Mood States
ER: estudio restrospectivo	BCTRI: Breast Cacner Treatment Response Inventory	PTGI: The Post-traumatic Growth Inventory
ED: estudio descriptivo	CES-D: the center for epidemiologic studies-depression scale	PFS: The Piper Fatigue Scale
EP: entrenamiento de profesionales	CNQ: Cancer Needs Questionnaire	QLQ-C30: Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC
FE: falta de equivalencia	CECS: The Courtland Emotional Control Scale	QLI-CV: Qyuality of Life Index-Cancer Version
Ht: heterogeneidad	ECOG: Performancer Status	QoL-BC: the Quality of Life Breast Cancer
H: homogeneidad	FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire	SF-36: The Medical Outcomes Study 36-items Short Form
Il: instrumentos inadecuados	FACT-Breast: Functional Assessment of Cancer Therapy- Breat Quality of Life Instrument	SF-12: The Medical Outcomes Study 12-items Short Form
M : limitaciones metodológicas	FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire	SAS: Sel-rating Anxiety Scale
N↓: tamaño de muestra reducido	Flic: Indice de Vida Funcional	SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
n Sg: ausencia de seguimientos	FBS: Fatigue Barriers Scale	SCNS: The supportuive Care Needs Survey
n GC: ausencia de grupo control	GHQ: General Health Questionnaire	SET: The Self-esteem Inventory
nº sesiones ↓: número de sesiones reducido	HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	SDS: Self-rating Depression Scale
PM: pérdida de muestra	IES: Escala de Eventos Impactantes	SCL-90: Symptom Checklist 90
PD: pérdida de datos	LASA: Linear Analogue Scale of Assessment	SRHS: The Self-rated Health Subscale
<: menor /menos	LES: Life Events Scale	STAI: State-trait Anxiety Inventory
>: mayor más	LOT-R: Life Orientation Test	TCSQ: Trait Coping Style Questionnaire
	LSIA: Life Satisfaction Index A	VAS: Escala visual Analógica
		WAI: The Winberger Adjustment Inventory
		WOMAC: Westwrn Ontario and McMaster Osteoarthritis Index

### **3.1.2 Fase de tratamiento**

La fase de tratamiento va a tener una repercusión importante en la calidad de vida del paciente. Por un lado, puede tener efectos positivos en relación a una mejora de determinados síntomas y del pronóstico de la enfermedad, puesto que supone un medio para combatir la enfermedad. Por otro lado, puede añadir otros síntomas (cansancio, fatiga, dolor...) y otras dificultades relacionadas con el propio proceso de tratamiento que pueden suponer problemas y limitaciones físicas, facilitar la aparición de alteraciones emocionales y generar interferencias en distintos ámbitos de la vida del paciente (Hickock et al., 2005; Manganiello, et al., 2011; Meyerowitz, 1980; National Institutes of Health State-of-the-Science Panel, 2002; Nuhu, Odejide, Adebayo y Yusuf, 2009; Pallí, Lluch y Valero, 2010; Pearman, 2008; Shepherd y Fisher, 2004).

Entre los síntomas más destacados por su presencia durante el tratamiento oncológico (Bower, 2008), están el cansancio, la fatiga y el dolor. Incluso, se ha visto que la propia experiencia de recibir un tratamiento para el cáncer, puede contribuir por sí misma, al desarrollo de cansancio y fatiga (Hickock et al., 2005). Además, los pacientes podrían presentar diferentes alteraciones o reacciones emocionales como, ansiedad general, miedo, tristeza, depresión, sensación de pérdida de control, desesperanza, ira y culpabilidad (Fawcy, 1999). So et al. (2009) señalan como en diferentes estudios la ansiedad y la depresión, resultan ser dos de los síntomas percibidos por los pacientes oncológicos que presentan mayor prevalencia (Dolbeault et al., 2009; Takahshi et al., 2008; citado en So et al., 2009). No obstante, las tasas de prevalencia, según que estudio, oscilan entre el 13 y el 54% (Burgess et al., 2005; Gaston-Johansson et al., 1999; Hopwood et al, 2007, Takahshi, 2008, Zabora, 2001; citados en So et al., 2009). Esta variación en las tasas de prevalencia puede ser resultado de la utilización de diferentes instrumentos y muestras para la medición de los síntomas o las distintas limitaciones metodológicas (muestras pequeñas, etc.) presentes en los distintos trabajos (Byar, Berger, Bakken y Cetak, 2006; Ferrel et al, 2005; citado en So, et al., 2009).

Todos estos síntomas, reacciones emocionales y alteraciones en el funcionamiento del paciente, van a estar en estrecha relación con el tipo de tumor y su localización y, en especial, con los tratamientos utilizados (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia...) cuyas características pueden dar lugar a distintos efectos y problemas.

La cirugía, es una experiencia por sí misma estresante que puede llevar asociada diferentes temores relacionados con el proceso y resultado de la intervención (errores en la ejecución, sentir dolor durante la intervención, morir en el quirófano, etc.) (Olivares, 2007; Parker et al., 2007). Diferentes estudios muestran como en pacientes oncológicos se observa estrés previo a la cirugía (Montgomery y Boubjerb, 2004; Montgomery et al., 2002), que además, puede suponer pérdidas anatómicas y/o funcionales que pueden traer consigo consecuencias emocionales y estéticas desagradables. En este sentido, algunos trabajos señalan como, la localización del tumor, el tipo de cirugía, la pérdida funcional y/o cambios estéticos derivados de ella, se relacionan con distrés psicológico, sentimientos de

inadecuación personal y problemas interpersonales (Bloom, 1987; Dawes, Meterissian, Goldberg y Maayo, 2008).

Por todo ello, parece necesario ofrecer al paciente una buena y comprensible información sobre el proceso de intervención, y de los posibles resultados de la misma. Se trataría de evitar o, al menos, reducir la incertidumbre preoperatoria, facilitar la anticipación a posibles limitaciones como consecuencia de la cirugía y favorecer el ajuste al periodo de recuperación.

La radioterapia, es una intervención que aunque no parece tener unos efectos psicológicos duraderos, sí que puede ocasionar ciertos miedos, preocupaciones y alteraciones del humor asociados fundamentalmente a la falta de conocimiento de esta tecnología, sus requerimientos de aplicación (permanecer quieto, solo...) y el lugar de tratamiento. Las lesiones dermatológicas, la pérdida de apetito, la fatiga, sequedad de mucosas, etc., suscitan todo género de miedos en relación con los peligros de las radiaciones, que conllevan al principio un alto estado de ansiedad y al final de irritabilidad (Ridruejo, 1999). Además, la radioterapia puede representar un estresor fundamental, ya que este procedimiento implica acudir diariamente al centro hospitalario, lo que generalmente supone una alta interferencia en la vida cotidiana del paciente (Ferrero, 1993). Parece, por tanto, que el paciente bajo radioterapia también vería reducida de forma significativa su calidad de vida.

La hormonoterapia, puede traer consigo ciertos efectos desagradables, cambios corporales referentes a la distribución del vello, de la grasa corporal, textura de la piel, cambios en la voz, en la conducta sexual, etc., que pueden ser difíciles de aceptar y comprometer la adherencia al tratamiento (Biglia et al., 2010; Cella y Fallowfield, 2008).

La inmunoterapia, en dosis reducidas son pocas las complicaciones que se aprecian, aunque dosis elevadas parecen producir dolor, fatiga, reducción en la capacidad de concentración, depresión (con ideación suicida), confusión y episodios psicóticos (Quesada, Talpaz, Ríos, Kurzrock y Gutterman, 1986).

Por último, la quimioterapia, ha resultado ser el foco de atención más importante desde distintos trabajos puesto que puede constituir uno de los procedimientos más estresantes, agresivos y amenazadores, con una gran repercusión en la calidad de vida del paciente (McCorkle y Young, 1978; Weisman y Worden 1976).

Se ha visto que muchos pacientes presentan fuertes sentimientos de ansiedad previos al inicio de la quimioterapia, aunque suelen reducirse a medida que ésta va transcurriendo (Carlson, Gro, Maciejewski y Bultz, 2010; Hill et al., 2010; Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993; Trask, Paterson, Fardig y Smith, 2003). Si bien, diferentes estudios hablan de su importancia a lo largo del proceso de tratamiento. Según Baider y Kaplan-De-Nour (1997) entre un 37 y un 40% de los pacientes tratados con quimioterapia presenta síntomas ansiosos y/o depresivos. Asimismo, un estudio de Fernández, Padierna et al. (2011), siguiendo los criterios de interpretación clínica del HAD (Zigmond y Sanith, 1983), señalan casos de ansiedad y depresión en torno al 30%. Estos datos, en general, coinciden con los observados por otros autores

(Burguess et al., 2005; Carlsen, Jensen, Jacobsen, Krasnik y Johansen, 2005; Groenvold et al., 2007; Hill et al., 2010).

Al compararlo con otros tratamientos, la quimioterapia parece tener un mayor impacto emocional. Así, So et al. (2009) evaluaron la prevalencia de la ansiedad y depresión en dos grupos de pacientes con cáncer de mama. Uno de los grupos recibía tratamiento con radioterapia y el otro con quimioterapia. Aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas, se observó que los pacientes que recibían quimioterapia presentaban tasas más altas tanto de ansiedad como de depresión. Probablemente, factores como la agresividad de los tratamientos de quimioterapia, sus efectos secundarios y un posible mayor temor a la recidiva en los pacientes, por estar bajo estos tratamientos especialmente dirigidos a evitarlas, podrían explicar estas diferencias (So et al., 2009).

Con el comienzo de la quimioterapia, no es extraño que en muchos casos el paciente empeore su estado de salud, lo cual lleva asociado sentimientos de decepción que se corresponderían con la idea de que el tratamiento no está siendo eficaz, y la enfermedad continúa avanzando. Por esto, es importante que el paciente tenga una buena información sobre este procedimiento terapéutico, entendiendo que puede llevar consigo diferentes efectos que van repercutir en su bienestar, pero que no tienen porqué estar relacionados con un empeoramiento de la enfermedad.

Entre los efectos que pueden aparecer con la quimioterapia, y que pueden estar en función del tipo de fármaco, dosis, etc., está la disminución de las defensas del organismo, malestar general, dolor, diarrea, insomnio, fiebre, náuseas y/o vómitos, alopecia, cansancio, fatiga, alteraciones del humor y anorexia (Badger, Braden y Mishel, 2001; Berger, 1998; Given et al., 2004). Estos síntomas pueden tener diversas consecuencias. Además de provocar ansiedad previa a la administración de cada ciclo (Hughes, 1987; Jacobsen, Donovan y Weitzner, 2003), también pueden provocar alteraciones en el aspecto corporal, alteraciones en la actividad laboral, en las actividades de ocio y alteraciones en las relaciones interpersonales y sexuales (Meyerowitz, Sparks y Spears, 1979) que pueden tener una seria repercusión en la autoestima de la persona y en su calidad de vida.

Los síntomas aunque temporales, pueden durar de pocos minutos a horas e incluso días, por lo que en su medida deben tenerse en cuenta su frecuencia y duración, severidad o intensidad e interferencia en las actividades diarias (Dodd, Miakowski y Paul, 2001).

De todos estos síntomas, las náuseas/ vómitos y el cansancio han sido de los más estudiados por su gran relevancia en los pacientes oncológicos (Hartving, Aulin, Hugerth, Wallenberg y Wagenins, 2006; Morrow, Roscoe, Hickok, Andrews, Matteson, 2002). Las náuseas/vómitos pueden aparecer antes, durante y después de la administración de la quimioterapia, por lo que suponen una gran interferencia en las rutinas del paciente mermando su calidad de vida (Lindley et al., 1992; Osoba et al., 1997; Stewart, 1990). Parece que, la investigación apunta que aproximadamente un 30% de los pacientes, en torno al cuarto ciclo de tratamiento, experimentan náuseas/vómitos anticipatorios y que, a pesar de los



avances en el control farmacológico de los síntomas post-tratamiento, en torno a la mitad de los pacientes los padecen igualmente (Morrow et al., 2002).

Con respecto al cansancio, algunos trabajos hablan de que el 60% de los pacientes experimentan cansancio de moderado a severo durante el curso del tratamiento (Blesch et al., 1991; Irvine, Vicent, Graydon, Bubela y Thompson, 1998). En un trabajo de Gupta, Lis y Grutsch (2007) se indican estudios que señalan tasas del 80-96% (Curt, 2000; Stasi, Abriani, Beccaglia, Terzoli y Amadori, 2003). Y, al estudiar la relación entre el cansancio y la satisfacción de los pacientes oncológicos con la calidad de vida, encuentran como éste se muestra un fuerte predictor de la satisfacción con la calidad de vida, siendo uno de los factores que afecta más negativamente a la misma (John, 2010).

Ante este panorama, diferentes trabajos se han centrado en cómo mediante intervención psicológica se podrían abordar las distintas problemáticas asociadas a esta fase de la enfermedad favoreciendo el afrontamiento a la misma. Se han destacado las intervenciones cognitivo-conductuales. Algunas de las técnicas conductuales utilizadas, aisladamente o combinadas, han sido la relajación muscular progresiva, la hipnosis, la respiración profunda, el biofeedback, la imaginación guiada o visualización, planificación de actividades, la terapia de solución de problemas, extinción y reforzamiento diferencial de conductas, etc. Su aplicación puede tener distintos objetivos como: el control de síntomas, la mejora del estado emocional y la mejora del funcionamiento del paciente.

Con respecto al control de síntomas, diferentes estudios han mostrado resultados favorables, especialmente en relación a náuseas-vómitos, dolor y cansancio (Burish y Lyles, 1981; Given et al., 2002; Given et al., 2004; Leon et al., 1999; Lyles, Burish, Krozely y Oldham, 1982; Malone, Strubbe y Scogin, 1988; Morrow y Morell, 1982; Mundy, DuHamel y Montgomery, 2003; Thomas y Weiss, 2000; Turner y Clancy, 1988; Turner y Jensen, 1993).

Para el manejo del dolor, más concretamente, técnicas como la reestructuración cognitiva (Chen, Zelter, Craske, y Katz, 1999) o la relajación (Lyne, Coyne y Watson, 2002; Newell et al., 2002) han mostrado resultados positivos al igual que la hipnosis. En un trabajo de Syrjala, Cummings y Donaldson (1992) la hipnosis se mostró más eficaz para la reducción del dolor que una intervención cognitivo-conductual basada en estrategias de afrontamiento. Si bien, en otro estudio posterior (Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes y Carr, 1995) se subraya la importancia de especificar qué pacientes pueden beneficiarse de unas intervenciones u otras, observándose que distintas intervenciones (relajación e imaginación, intervención cognitivo conductual,...) resultan efectivas en distintos grados.

En cuanto a náuseas/vómitos, diferentes estudios se han centrado en las náuseas y vómitos anticipatorios en pacientes bajo quimioterapia. Mediante relajación e hipnosis (Morrow y Morrell, 1982; Pellicer, 1994; Redd, Andresen, Minagawa, 1982; Redd et al., 2001) o mediante desensibilización sistemática o distracción cognitivo-conductual (Redd et al., 1987), se ha logrado evitar su aparición. En cuanto a náuseas / vómitos post-tratamiento aunque se han observado resultados favorables en relación al control de su intensidad (Morrow et al., 1992; Sirgo, Gil y Pérez-Manga, 2000) no se ha logrado su evitación.

Las intervenciones llevadas a cabo para el control del cansancio se han centrado en estrategias conductuales (Armes, Chalder, Addington-Hall, Richardson y Hotopf, 2007; Dujits, Faber, Oldenburg, van Beurden y Aaronson, 2011), fomentar estrategias de autocuidado saludables, como la administración de tiempo y energía, mantenimiento del apoyo y contacto con el entorno social y familiar, etc. (John, 2010), y en programas de ejercicio físico con resultados satisfactorios (Dujits, et al., 2011; Mock et al., 2005; Mutrie et al., 2007; Rogers et al., 2009). En relación a estos últimos, un estudio Maryam, Fazlollah, Eesa, Ebrahim y Abbas (2010) sobre un programa basado en ejercicio físico para pacientes con cáncer de mama bajo quimioterapia, además de aportar mejoras físicas, también obtuvo beneficios emocionales, sociales y en la calidad de vida global.

Con respecto a la mejora del estado emocional son numerosos los trabajos que señalan los resultados positivos de estas intervenciones, cuyo foco de atención ha sido principalmente la reducción del estrés, ansiedad y depresión y mejora de la calidad de vida (Chen et al., 1999; Dujits, et al., 2011; Greer et al., 1992; Lapid et al., 2007; Leon et al., 1999; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts, 1998; Sirgo y Pérez-Manga, 2000; Trask, Paterson, Griffith, Riba y Schwartz, 2003). Así por ejemplo, Davis (1986) muestra una reducción del estrés mediante biofeedback y terapia cognitiva; Baider, Uziely y Kaplan De-Nour (1994) obtuvieron buenos resultados en reducción del estrés mediante seis sesiones de relajación muscular progresiva; o Bindermann, Soukop y Kaye (1991) que mediante relajación en 12 semanas, indicaron como los pacientes presentaban menos ansiedad, depresión y morbilidad psiquiátrica.

Si bien, aunque las mejoras en el estado emocional han sido constatadas a corto plazo, ya sea en sesiones semanales o mediante curso intensivo, no están tan claras a largo plazo (Font, 2009, Capítulo 2).

Por último, algunas de estas intervenciones también han tratado de facilitar la rehabilitación y el funcionamiento global del paciente, con la consiguiente recuperación o mantenimiento del mayor número de actividades posibles, sin olvidar sus limitaciones y el nivel de actividad previo (Given et al., 2004; Greer et al., 1992). Así, Rapkin, Straubing y Holroyd (1991) mediante hipnosis e imaginación guiada mostraron como pacientes recién operados permanecían menos tiempo hospitalizados que aquellos que no recibieron intervención. Con respecto a intervenciones psicoeducativas, informativas y de apoyo, éstas también han arrojado resultados positivos en distintos aspectos.

Con respecto al control de síntomas, diferentes trabajos han apuntado mejoras en el control del dolor (Lin, Chou, Wu, Chang y Lai, 2006; Miaskowski et al., 2004). Así, en el estudio de Syrjala et al. (2008) se logra una reducción significativa del mismo, mediante la proyección de videos y revisión de contenidos de un manual entre el paciente y la enfermera, prestando especial atención a los problemas específicos de cada paciente. Así mismo, en el trabajo de Borneman et al. (2010) mediante la intervención psicoeducativa se logra, en general, un mejor conocimiento y manejo del dolor, y también del cansancio.

En cambio, trabajos como el Cloetfelter (1999), de Wit et al. (1997), Ward, Donovan, Owen, Grosen y Serlin (2000) o, Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik y Johnson (2003), mediante intervenciones similares, se mostraron menos exitosos en el control del dolor, aunque sí lograron mejorar el conocimiento. En relación a éste último, el trabajo de Pruitt et al, (1993), sobre afrontamiento y habilidades de comunicación en pacientes bajo radioterapia, muestra resultados contrarios, no hallándose mejoras a nivel de conocimiento.

También, las intervenciones psicoeducativas, informativas y de apoyo se han centrado en el estado afectivo. Diferentes trabajos (Budín et al., 2008; Lapid et al., 2007; Pruitt et al., 1993) señalan la reducción de ansiedad, depresión, ira así como mejoras en el funcionamiento y la calidad de vida.

Intervenciones psicoterapéuticas individuales en esta fase también han mostrado algunos efectos positivos en el estado de ánimo negativo (ansiedad, depresión) y estrés (Alter et al., 1996; Greer et al., 1992), reducción y/o control de síntomas (Badger, et al., 2001), mejora del funcionamiento general y adaptación (Maguire, Brooke, Tait, Thomas y Sellwood, 1983) y mejora de la calidad de vida.

Si bien algunos trabajos apuntan resultados no tan satisfactorios, no hallándose mejoras en la calidad de vida, ni funcionamiento psicosocial (McLachlan et al., 2001).

Las intervenciones grupales, grupos de apoyo y afrontamiento también muestran resultados positivos en la mejora del estado de ánimo, control de síntomas y mejora del conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento y de la calidad de vida global (Andersen et al., 2008; Baider, Amikam y Kaplan De-Nour, 1984; Baider, et al.,1994; Cunningham y Tocco, 1989; Cunningham et al., 1998; Dolbeault et al., 2009; Edmonds, Looockwood y Cunningham, 1999; Fawcy, 1995; Fawcy et al., 1990; Forester, Kornfeld, Fleiss y Thompson,1993; Hunt, Bond y Pater, 1990; Kissane et al., 2003; Kissane et al., 2004; Roberts, Piper, Denny y Cuddeback, 1997; Vachon, Lyal, Rogers, Cochrane y Freeman, 1982).

Tal como se ha expuesto y, aunque con datos encontrados, los trabajos sobre las distintas intervenciones implementadas en esta fase del tratamiento oncológico obtienen resultados que, en general, parecen apoyar su aplicación. Han mostrado efectos beneficiosos en relación al control de síntomas asociados al tratamiento y proceso de enfermedad, estado emocional (reducción de ansiedad, depresión y estrés) y mejora y recuperación del estatus funcional de los pacientes. No obstante, es necesario señalar la importancia de considerar estos resultados con precaución. Se observa, como diferentes trabajos revisados han puesto en marcha, en ocasiones, paquetes de técnicas dirigidos a diferentes objetivos, con los consiguientes problemas de falta de especificidad. Es decir, plantean la necesidad de considerar hasta qué punto esos paquetes se adecuan a los objetivos propuestos. Además, estos trabajos, al igual que los planteados en la fase anterior, no dejan de presentar distintas limitaciones metodológicas (tamaño de muestra reducido, ausencia de control de variables, problemas de generalización, procedimientos de medida inadecuados, ausencia de grupos control, etc.) que dificultan aún más, sostener la validez de las conclusiones obtenidas.

Tabla 3.2 Intervenciones fase tratamiento

Intervenciones educativas/ informativas									
Autor	Intervención/ Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ n° sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Borneman et al., 2010	Educación	Reducción de dolor y cansancio	187	Mama Pulmón Colon Próstata	4 S + contacto telf. cada 2 semanas	Pre I Sg: 1, 3 m	BQ-II Patient Pain Knowledge Tool PFS Patient fatigue Knowledge Tool FBS	↓ dolor y cansancio y sg. ↑ conocimiento ambos	Ht de diagnósticos: N ↓ en cada uno Dif. G Resultados dudosos en dolor
Syrjala et al., 2008	Entrenamiento del dolor + sesión telefónica de refuerzo · Entrenamiento dolor: 1º: checklist barreras del dolor 2º: video inf. dolor (15 min.) 3º: revisión manual inf. de dolor con enfermera. · Sesión telefónica de refuerzo del aprendizaje	Conocimiento y control del Dolor	93 GC=45 (sólo nutrición) GE= 48 (intervención)	Mama Colon Pulmón Ginecológico Mieloma múltiple otros	1S+contacto tlf a las 72h	Sg, 1, 3 , 6 meses	BQ, BPI, MSAS, FACT-G, ECOG	↓ dolor ↑ conocimiento y comunicación.	Dif. G (tipos tumor) N control V (contaminación entre grupos)
Lapid et al. , 2007	Intervención multidisciplinar. Educación para afrontamiento y manejo de síntomas. Información sobre la enfermedad, discusión , apoyo y relajación (cog-cond)	Calidad de vida	103: 4 grupos: GC: geriátricos = 17 no geriátricos =37 GI: geriátricos=16 no geriátricos= 33	Cerebro Cabeza y cuello Pulmón Ovario GI Otros	8S	Pre A las 4, 8 y 27 semanas.	Calidad de vida general con Spitzer QoL uniscale; LASA	GI: >CV (especialmente grupo geriátricos)	N ↓ ≠ D y T Dif. G
Lin et al., 2006	Educación/información	Conocimiento y reducción del dolor						↓ dolor	

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Miaskowski et al., 2004	psico-educativa: uso de analgésicos , entrenamiento en comunicación sobre el dolor y necesidades de cambio en la prescripción de analgésicos	Manejo del dolor	174 GC= 81 GI= 93			Pre/Post	–	GI (sig.): < intensidad dolor ↑ significativo de pacientes con prescripción analgésica adecuada	n Sg
Wells et al., 2003	Programa de educación en dolor breve +contactos telefónicos semanales	Conocimiento y manejo del dolor	64= programa educativo Tras el: 3 condiciones: 1) cuidados estándar 2) acceso a línea de dolor 3) contactos telefónicos semanales (4 al mes del programa educativo)	–	1S educativa 4S semanales telefónicas	Pre / post Sg: al mes (6 meses)	Barriers Questionnaire-revised (BQ-r). Family Pain Questionnaire (FPQ). Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF). Uso de analgésicos	· ↑ en creencias sobre comunicación profesional de salud-paciente · No cambios en creencias sobre el uso de analgésicos. · No mantenimiento a LP. (No dif. entre grupos)	n GC (programa educativo inicial) N ↓ PM Momentos de medida inadecuados. Dif. G
Ward, et al., 2000	Información: sensorial y de afrontamiento sobre efectos de analgesia, y aspectos erróneos.	Conocimiento y reducción del dolor Calidad de vida	GC GI	Ginecológico		Pre / post Sg: 2m	–	GC y GI: efectos positivos (No dif entre grupos)	–
Cloetfelter 1999	Educativa: vídeo y manual sobre manejo del dolor	Reducción de la intensidad del dolor	36 GC: sólo instrucciones GI			Pre / post	VAS	GI (sign): < intensidad del dolor	N ↓ Dif. G n Sg
de Wit et al., 1997	Educación + 2 sesiones telefónicas	Conocimiento y manejo del dolor	313 GC GI	Orales Digestivos Respiratorios Mama Huesos y piel Genital Otros	3S	Pre / post Sg: 2,4,8 semanas	EORTC QLQ-C30 McGill's Pain Questionnaire	GI sign > en QLQ-C30 No dif. en el McGill	II n Sg a LP PD

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Pruitt et al 1993	informativo-educativas sobre: RT Estrategias de afrontamiento Habilidades de comunicación	Estado emocional Conocimiento	31 GC: información estándar GI: intervención		3 S	Sg: 6 m	BSI ansiedad; BSI depresión; BSI ajuste emocional; Índice General de Severidad	GI: > estado afectivo (ajuste emocional) No dif. en nivel de conocimientos, ni en depresión.	N ↓ M
Intervenciones grupales									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ n° sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Dolbeault, et al., 2009	Educación, información. Solución de problemas, reestructuración cognitiva, role-playing, relajación	Estado emocional (ansiedad) ajuste mental y calidad de vida	203; GC (aplazado) =101 GE= 102	Mama	8 S	Pre /Post Sg: 1 semana.	STAI, POMS, MAC, QLQ-C30 y BR-23	GI: > estado emocional (↓ ansiedad). > CV	GC (aplazado)= dif. para comparar los grupos a largo plazo. Mediadas subjetivas del estatus psicológico. Medidas incompletas
Kissane et al., 2004; Kissane et al., 2003	Terapia cognitivo-existencial +relajación	Estado emocional. Actitud hacia el cáncer Supervivencia	303 GI = 154 GC= 149 (Sólo relajación)	Mama	Terapia cognitivo existencial: 20 S (semanales) Relajación: 3S	Sg: 6, 12, 18, 24 m	-	GI: > ansiedad > relaciones de apoyo familiar. No mejoras en supervivencia.	-
Edmonds et al., 1999; Cunningham et al., 1998	Grupo cognitivo-conductual y apoyo	Estado emocional Calidad de vida Supervivencia	58	Mama	35 semanas	Sg: 5 años	POMS; Flic	No dif. significativas en supervivencia a los 5 años	N ↓ G n equivalentes Dif. G
Roberts, et al., 1997	Apoyo psicológico, información, manejo del estrés, relajación, visualización y solución de problemas.	Estado emocional y social	14		6 semanas	Diseño pre-test, post-test	POMS	↑ bienestar psicosocial	N ↓
Baider et al., 1994	Relajación muscular progresiva e imaginación guiada	Estado emocional	123 Grupos pequeños (8-10)			Pre /post		↑ creencias de control externo ↓ ansiedad. ↓ coping evitativo ↓ pensamientos intrusivos	n GC M

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Forester et al., 1993	Terapia de apoyo social y emocional	Estado emocional y social. Síntomas	100: GI = 48 GC = 52			Sg: 4 semanas		GI: < depresión, pesimismo y desesperanza > apoyo social > control de síntomas (insomnio, anorexia y fatiga)	-
Hunt, et al., 1990	Información, educación y apoyo social (formato de autoayuda)	Estado emocional	110 GI = 43 GC = 67					GI ↓ estrés	ER
Fawcy, et al., 1990	Terapia estructurada y combinada: información, afrontamiento y apoyo emocional.	Estado emocional	61: GI y GC			Sg: 6 m		GI: < distrés, fatiga y depresión. Sg: ≠ entre G mayores	N ↓
Cunningham y Tocco, 1989	2 formatos : a)Cognitivo-conductual, apoyo social (G1) b)Psico-educación (G2)	Estado emocional. Afrontamiento	53: G(1) = 25; G(2) = 18					G1 y G2: ↓ distrés global ↑ habilidades de afrontamiento.	N ↓ n GC
Baider et al., 1984	Apoyo social y counseling no conductual (grupo temático)	Estado emocional	24	Mama	12 S	Diseño pre-tset / post-test	BSI	La mitad de los participantes ↓ ansiedad	Estudio descriptivo N ↓ n GC M
Vachon et al., 1982	Apoyo social y afrontamiento	Estado emocional y funcional. Calidad de vida	168; GI= 64 RT hospitalaria+ grupo de apoyo; GC = 104 RT ambulatoria (sin apoyo)	Mama		-	GHQ	GI : > estado afectivo y afrontamiento.	-

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Intervenciones psicoterapéuticas individuales									
Autor	Intervención/ Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
McLachlan et al., 2001	Identificación de las necesidades de los pacientes por enfermería	Necesidades de los pacientes. Calidad de vida Funcionamiento psicosocial Satisfacción con la intervención	450: GC y GI			Sg: 2 y 6 m	CNQ, QLQ-C30; BDI	No dif. significativas.	II Int. inadecuada para algunos sujetos. n control de V (potencial contaminación entre los grupos) PM
Badger et al., 2001	Autoayuda	Estado emocional (depresión) Síntomas	169: GC y GI	Mama	6 semanas	Sg : 6, 8 semanas y 3 m	-	↓ dolor, náuseas y cansancio en mujeres con punt. ↑ en depresión	-
Alter, 1996	Intervención telefónica: terapia de modificación interpersonal	Estado emocional comunicación	8			-	-	↑ capacidad de comunicación con equipo médico ↑ comprensión del estrés	N ↓ GC?
Maguire et la., 1983	Counseling (personal de enfermería )	Funcionamiento emocional, físico y social	172: GC = 77 GI=75		2S : (pre/post Cx) + sesiones cada 2 meses hasta buena adaptación del paciente	Pre/ post Cx Sg: 12, 18 m	-	GI: > estado emocional > función general > rel. interpersonales y sociales	-
Intervenciones cognitivo-conductuales									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Maryam et al., 2010	Programa de ejercicio físico	Calidad de vida	56 GC = 28 GI = 28	Mama	3/5 S x semana 9 semanas	Pre/ post	The Quality of Life Breast Cancer (QOL-BC	GI (sig): > dimesiones física, social, emocional, espiritual y global.	M Dif. G n Sg.



Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Rogers et al., 2009	Programa físico conductual (formato grupal + individual) · Grupal (discusión): apoyo social, autoeficacia, manejo del tiempo, afrontamiento emocional, beneficios del ejercicio y su disfrute. · Individual: a) Sesiones de ejercicio físico: - mejora de la autoeficacia - monitorización de la actividad realizada y las dificultades b) Counselling: - reforzar auto-monitorización - uso plan de modificación conductual - beneficios del ej. Físico - Reforzamiento positivo de los objetivos alcanzados	Parámetros endocrinos, físicos y síntomas cansancio, Función cognitiva Calidad de vida	41	Mama	12 semanas= 21 sesiones: 8 grupales 12 ej. físico 3 indiv.(counselling)	Pre/ post Sg : 3 m	Parámetros fisiológicos, FACT-Breast Pittsburgh Sleep Quality Index, western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC)	↑ conductuales de la actividad física y parámetros físicos. Mantienen en Sg. CV sólo ↑ bienestar social	N ↓
Armes, et al., 2007	Intervención Breve Conductual	Estado físico y emocional. Cansancio	60: Gc y GI			Pre-Q fin QT Sg: 1, 9 m	Escala analógica visual, EORTC, Fatigue Outcome Measure	GI: < cansancio > funcionamiento físico. ↓ del estrés asociado al cansancio.	n control V de intervención y vías de observación)
Mutrie et al., 2007	Programa de ejercicio físico	Estado emocional y funcional. Calidad de vida	203 GC cuidados estándar GI cuidados estándar + intervención	Mama	12 semanas	Sg: 6 m	FACT, BDI, positive and negative affect scales, body mass index, parámetros físicos y de ejercicio	GI > funcionamiento físico y psicológico. Mantenimiento en Sg	PM Criterios de eficacia

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Mock et al., 2005	Programa de ejercicio físico durante el tratamiento (QT o RT)	Estado físico (cansancio) Calidad de vida	119 GC GI	Mama		Pre / post	-	GI ↑ sig del pre al post: CV y forma física. No dif. significativas entre grupos.	-
Given et al., 2004	Intervención (siguendo a Bandura): autoeficacia para el manejo de conocimientos, habilidades y conductas dirigidas a síntomas.	Estado emocional Síntomas Funcionamiento físico.	237 GC= 119 GI=118	Mama Colon Pulmón otros		Pre A las 10 semanas, Fin T (20 semanas )	index de severidad	GI: Niveles más ↓ de severidad	PM n control V
Trask, Paterson, Griffith et al., 2003	Int cog-cond:	Distrés Calidad de vida	48 Pacientes con distrés medio-alto GI =25 GC =23	Melanoma	4 sesiones	Pre/post. Sg: 2 y 4 m	Global Index (criterio ≥60); BSI; SF-36; STAI)	GI (sig): < distrés . > de la salud asociada a la CV. Se mantuvo en Sg	PM PD
Given et al., 2002	Intervención conductual (personal enfermería)	Dolor y cansancio Funcionamiento físico y social	113: GC = 60 GI=53		20 semanas	Pre/post	SF-36	GI: > funcionamiento físico y social. ↓del n° de síntomas (pocos pacientes en el GI informaron de cansancio y dolor a las 20 semanas)	N Sg
Sirgo et al., 2000	Relajación muscular, respiración abdominal e imaginación guiada	Estado emocional Control de síntomas	80, GI=40 GC=40	Mama		-	-	GI: < ansiedad y depresión. > relajación y control de síntomas eméticos post-tto.	-
Sangrend et al., 2000	Telefónica	Estrés Afrontamiento Calidad de vida	53 GI GC	mama	-	Pre-Post Sg: 4 y 10 m	POMS Medical Outcomes scale	· CC y GI: ↓estrés ↑CV · No ↓ ansiedad, depresión, confusión y irritabilidad · No dif entre grupos	N↓

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Chen, et al., 1999	Reestructuración cognitiva	Estado emocional (distrés) Síntomas (dolor)	-			-	-	↓ distrés y dolor	-
León et al., 1999	Terapia cognitiva, relajación y visualización (8 semanas).	Estado emocional Calidad de vida Síntomas	38			Pre y post		↓ ansiedad, depresión y síntomas ↑ CV	n GC M
Syrjala et al., 1995	Paquete cognitivo-conductual y técnicas de imaginación y relajación	Control de síntomas	94: GI1: paquete cog-cond GI2: paquete cog-cond+ relajación e imaginación GI3: grupo de apoyo GC	Leucemia Mielodisplasia Linfoma	12S 2S Pre-hospitalización Hospitalización: 10S (2 x semana)	pre y post	Escala Visual para el dolor oral y náuseas (VAS); Oral mucositis Index y SCL-90	El GI1 y GI2 menos dolor. No dif. entre GC y GI3	PM
Syrjala, et al., 1992	Hipnosis Habilidades cognitive conductuales (excluida imaginación)	Control de síntomas	67 GC1 GC2(atención) GI1(hipnosis) GI2(cognitivo-conductual)	Huesos	12S 2S Pre-hospitalización Hospitalización: 10S (2 x semana)	-	-	GI1: < dolor No dif en náuseas-vómitos	N ↓ n° S ↓
Greer, et al., 1992	PMR, afrontamiento, control y expresión de sentimientos, en nuevos diagnosticado o primera recurrencia con puntuaciones altas en el HAD	Estado emocional y funcional Calidad de vida	156: GI=72 GC = 84			-	HAD	GI: < depresión > CV, capacidad > funcionamiento social y sexual > hab. de afrontamiento y ajuste a la vida	-
Morrow, et al., 1992	Relajación+ DS2 ( sesiones de 1h.)	Reducción-control de náuseas-vómitos post-QT	43 GC= 14; GI= 29					↓ intensidad de los efectos post-QT, sin eliminar su ocurrencia	N↓
Bindermann, et al 1991	Relajación muscular	Estado emocional	71; GC y GI		12 sesiones semanales	Sg: año	-	GI (no sign.): < ansiedad, depresión y morbilidad psiquiátrica. Mantenimiento en Sg	-

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Rapkin, et al., 1991	imaginación guiada + hipnosis en pacientes bajo Cx	Estancia en el hospital tras la Cx	36 GC= 15 GI= 21	Cabeza y cuello				GI: < estancia en el hospital (9 días Vx 14 días)	N ↓
Redd, et al., 1987	Distracción mediante juegos de vídeos	Control de náuseas condicionadas	26: GC y GI					GI: < náuseas	N ↓
Davis, 1986	Relajación muscular progresiva, biofeedback	Estado emocional	19			Sg: 8 m	-	↑ afrontamiento y estado afectivo. Mantenimiento en Sg	N ↓ GC
Morrow y Morell, 1982	Relajación muscular progresiva y DS	Estado emocional Control de síntomas	60: GC GI1: RMP+DS GI2: Apoyo tipo counseling			-	-	EI GI1: > control de síntomas que GC y GI2. No dif. en estado emocional	-
Lyles, et al., 1982	Relajación muscular progresiva y visualización.	Control de síntomas. Afrontamiento. Calidad de vida	50 GI1: PMR+GI GI2: sólo conversación GC: sólo relajación.			Pre /post Sg: 15 días	-	Mejor control de síntomas, afrontamiento, calidad de vida, estado inmunitario y supervivencia	M N Sg a LP
Redd, et al., 1982	Hipnosis en sesión semanal y cinta para escuchar en casa. Diseño experimental de línea base múltiple	control/ reducción de náuseas/ vómitos anticipatorias	6				-	Bajo hipnosis eliminación de vómitos y reducción de náuseas. Sin hipnosis aparecían	N ↓
Burish y Lyles, 1981	Relajación muscular progresiva y visualización	Control de síntomas. Estado emocional	40: GC y GI			Sg: 75 días	-	GI: > control de síntomas. > estado emocional > afrontamiento a la QT	N ↓

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Leyenda

Resultados/ Limitaciones	Instrumentos	
A: aleatorización	BR-23: Módulo específico de cáncer de mama del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC	MAC: Minimental Adjustment to Cancer Scale
AE: análisis estadísticos		MAACL: Multiple Affect Adejetive Check-list
C: control	BDI: Beck Depression Inventory	MSAS: Memorual Symptom Assessment Scale
Dif. D: dificultad de generalización	BPI: The brief Pain Inventory	PAIS: Psicosocial Adjusment to Illness Scale
EE: especificación de eficacia	BPI-SF: Family Pain Inventory- Short Form	PAL-C: Profile of Adaptation to Life Clinical Scale
ED: especificación de diagnóstico	BQ: The barriers Questionnaire	POMS: Profile Mood States
ER: estudio restrospectivo	BQ-II: The barriers Questionnaire II	PTGI: The Post-traumatic Growth Inventory
ED: estudio descriptivo	BCTRI: Breast Cacner Treatment Response Inventory	PFS: The Piper Fatigue Scale
EP: entrenamiento de profesionales	CES-D: the center for epidemiologic studies-depression scale	QLQ-C30: Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC
FE: falta de equivalencia	CNQ: Cancer Needs Questionnaire	QLI-CV: Ququality of Life Index-Cancer Version
Ht: heterogeneidad	CECS: The Courtland Emotional Control Scale	QoL-BC: the Quality of Life Breast Cancer
H: homogeneidad	ECOG: Performancer Status	SF-36: The Medical Outcomes Study 36-items Short Form
II: instrumentos inadecuados	FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire	SF-12: The Medical Outcomes Study 12-items Short Form
M : limitaciones metodológicas		SAS: Sel-rating Anxiety Scale
N↓: tamaño de muestra reducido	FACT-Breast: Functional Assessment of Cancer Therapy- Breat Quality of Life Instrument	SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
n Sg: ausencia de seguimientos	FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire	SCNS: The supportuive Care Needs Survey
n GC: ausencia de grupo control		SET: The Self-esteem Inventory
nº sesiones ↓: número de sesiones reducido	Flic: Indice de Vida Funcional	SDS: Self-rating Depression Scale
PM: pérdida de muestra	FBS: Fatigue Barriers Scale	SCL-90: Symptom Checklist 90
PD: pérdida de datos	GHQ: General Health Questionnaire	SRHS: The Self-rated Health Subscale
<: menor /menos	HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	STAI: State-trait Anxiety Inventory
>: mayor más	IES: Escala de Eventos Impactantes	TCSQ: Trait Coping Style Questionnaire
	LASA: Linear Analogue Scale of Assessment	VAS: Escala visual Analógica
	LES: Life Events Scale	WAI: The Winberger Adjustment Inventory
	LOT-R: Life Orientation Test	WOMAC: Westwrn Ontario and McMaster Osteoarthritis Index
	LSIA: Life Satisfaction Index A	

### **3.1.3 Fase post-tratamiento (Libre de enfermedad/ Supervivencia)**

Una vez que el tratamiento ha finalizado parece existir la asunción por parte de los profesionales de la salud, familiares y pacientes de que todo está bien, en cambio, hay problemas que pueden prolongarse mucho tiempo después (Fawcy, 1999). Así, se han descrito diferentes alteraciones emocionales y miedos (ansiedad, depresión, tristeza, angustia, incertidumbre...), preocupaciones asociadas al estado y apariencia física, síntomas físicos como cansancio y dolor, y limitaciones y dificultades en distintos ámbitos la vida (laboral, familiar, interpersonal, sexual, etc.) (Andrés Solana, 2006; Costanzo et al., 2007; Ganz, Desmond, Rowland, Meyerowitz, y Wyatt, 1998; Kornblith et al., 2003; Meyerowitz, Desmond, Rowland, Wyatt y Ganz, 1999; Peuckmann et al., 2009; Russell, Von, Giesler, Storniolo, y Haase, 2008; Ward, Viergutz, Tormey, de Muth y Paulen, 1992)

En ocasiones, el final del tratamiento supone para los pacientes una sensación de pérdida generalizada. Por un lado, se produce un menor contacto con los médicos y enfermeras (Schnipper, 2001), con lo que se pierde una cierta sensación de seguridad al retirarse el tratamiento y la pérdida del soporte comunicativo con el equipo terapéutico (Navarro, Limonero, Maté y Gómez-Romero, 2010). Por otro lado, también puede darse la sensación de pérdida de apoyo desde la familia, pareja y amigos (Stanton, 2006). Esto, puede generar, además de un incremento en la vulnerabilidad a todos los obstáculos de la vida, distintas alteraciones emocionales que, junto con las secuelas del tratamiento y la enfermedad, pueden ocasionar dificultades para adaptarse a las posibles limitaciones en relación a la actividad diaria, con la consiguiente reducción de la calidad de vida. Parece, por tanto, que la incertidumbre y la percepción de apoyo son dos factores que pueden afectar a la calidad de vida de los supervivientes (Jim, Richardson, Golden-Kreutz y Andersen, 2006; Lauver, Connolly-Nelson, y Vang, 2007; Sammarco y Konecny, 2008).

Diferentes trabajos se han centrado en las dificultades de supervivientes de cáncer en relación a síntomas, trastornos emocionales y recuperación del funcionamiento diario (Kjaer et al., 2011). En este sentido el trabajo de da Silva y dos Santos (2010) con pacientes de cáncer de mama, propone cuatro áreas o grupos para clasificar los estresores ante los que pueden enfrentarse los pacientes en esta fase. Así, hablan de un área en relación a alteraciones del cuerpo asociadas a la enfermedad y/o tratamiento. El área psicológica que incluiría pensamientos, preocupaciones y miedos en relación al futuro propio y de los allegados. La esfera social, que conllevaría conflictos familiares y en las relaciones interpersonales. Y por último, el área laboral, en relación al distanciamiento de la actividad por limitaciones para desempeñar el trabajo, cambios en las prioridades de la vida, etc.

Con respecto al funcionamiento de los pacientes, algunos de los trabajos que se han centrado en el ámbito laboral, señalan como la decisión de continuar o no trabajando está en función de diferentes factores, como pueden ser, el tratamiento oncológico, el tipo de cáncer, el estado físico, el tipo de trabajo, las necesidades financieras, las instrucciones o consejo de profesionales de la salud, etc. (Kennedy, Haslam, Munir y Pryce, 2007; Rio, Cano, Villafaña y Valdivia, 2010; Spelten, Sprangers, y Verbeek, 2002). El trabajo de Gudbergson, Fossa y Dahl

(2008) muestra como el 83% de los pacientes indicaron cambios en este ámbito, siendo significativamente mayores en las mujeres. Entre los que mostraron cambios, se observó una menor capacidad de trabajo físico y mental, más sintomatología ansiosa y depresiva y menos calidad de vida, en comparación con aquellos pacientes que no vieron alterado este ámbito. Parece que, retomar o mantener la actividad laboral puede ser importante para la calidad de vida (Anderson y Armstead, 1995; Gudbergsson et al., 2011; Steiner, Cavender, Main y Bradley, 2004). Dicha actividad puede suponer el mantenimiento de la identidad individual y el contacto con la vida social, de modo que el paciente puede recuperar la sensación de control y normalidad (da Silva y dos Santos, 2010; Peteet, 2000; Informe Salud y Género, 2005; citado en Rio et al., 2010). No obstante, otros trabajos han indicado el buen ajuste de los pacientes una vez finalizado el tratamiento. Así, Spelten, et al. (2002) señalan como el 62,5% de los pacientes continúan o vuelven a trabajar.

Diferentes intervenciones encaminadas a proveer apoyo y comunicación han mostrado que pueden favorecer la recuperación y manejo de la actividad laboral durante o después de la enfermedad y/o tratamiento, destacando además el papel que puede desempeñar el equipo médico y el lugar de trabajo (Morrell y Pryce, 2005; Verbeek, Spelten, Kammeijer y Sprangers, 2003).

A pesar de estos trabajos, la revisión de Hoving, Broekhuizen y Frings-Dresen (2009), que también expone la importancia de intervenciones para la rehabilitación laboral en la calidad de vida, pone de manifiesto la necesidad de seguir desarrollando trabajos encaminados a este tipo de intervención, con el fin de consolidar estas afirmaciones.

En relación al estado emocional, la presencia de temores referentes a una posible recurrencia pueden suponer un estresor crónico, llevando al paciente a vivir en un estado de expectativa ansiosa y de excesiva autoobservación corporal, a veces, con conductas y cogniciones hipocondríacas (Montel, 2010). Así, un trabajo de Ferrero (1993), mostraba como la mayor preocupación de los pacientes es el diagnóstico de recidiva, el cual, podría estar en la base de los índices de malestar psicológico o disminución de la calidad de vida por la amenaza a la vida que supone el nuevo diagnóstico. En el trabajo de Lampic et al. (1994) el 46.1% de los pacientes manifestaban después de la visita médica, preocupación por la posibilidad de sufrir una recurrencia, el 38.1% por no saber qué signos de tumor debían buscar, y un 8% señalaron como motivo de inquietud el que el facultativo pudiera ocultarles información.

Al temor de recurrencia, se añade la ansiedad que suponen los controles médicos periódicos, así como diferentes noticias e informaciones relacionadas con la enfermedad, que pueden desencadenar un aumento de esta preocupación y malestar psicológico. Se trata de lo que algunos autores han denominado el "síndrome de Damocles" (Koocher y O'Malley, 1981) y otros el "apuro o aprieto existencial" (Weisman y Worden, 1977), que implican no sólo el malestar psicológico derivado de la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad sino posiblemente también una limitación en las posibilidades de desarrollar un proyecto vital a largo plazo, de hacer planes para el futuro.

Por todo ello, parece que la intervención psicológica podría facilitar el afrontamiento de los pacientes en esta fase, ya que aun considerándoles libre de enfermedad, las consecuencias derivadas de ésta y de su tratamiento aún podrían estar presentes, generando nuevos retos que requieran la necesidad de adaptación de los pacientes en diferentes ámbitos de su vida (da Silva y dos Santos, 2010).

Un estudio de Meneses, McNeese, Loerzel, Su, Zhang y Hassey (2007) puso en marcha una intervención psico-educativa (apoyo y educación) en supervivientes de cáncer de mama. Los pacientes del grupo de intervención, mostraron una mejora significativa en la calidad de vida que se mantuvo al año de seguimiento. Badger et al. (2011), pusieron a prueba la efectividad de dos condiciones de intervención telefónica (counseling y educación) en setenta supervivientes de cáncer de próstata y sus parejas. Observaron que los sujetos de la condición de educación experimentaron mejoras significativas en depresión, afecto negativo, estrés, cansancio, bienestar espiritual y apoyo social.

En relación a intervenciones mediante técnicas conductuales y ejercicio físico, el meta-análisis de Dujits et al. (2011), o los trabajos de Penttinen et al (2011) y Schmitz (2011) indican los posibles beneficios para los supervivientes en relación a alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y estrés), síntomas (cansancio), imagen corporal y calidad de vida. De igual modo, Rogers, Markwell, Courneya, McAuley y Verhulst (2011), ponen de manifiesto la importancia de distintos patrones de actividad física para la mejora de síntomas físicos como el cansancio y de actividades de tiempo libre para síntomas depresivos.

Loizzo et al. (2010) llevaron a cabo un programa de intervención en pacientes supervivientes de cáncer de mama y ginecológico que habían completado un tratamiento de quimioterapia y radioterapia. La intervención consistió en: a) 8 semanas dirigidas a open-mindfulness, autocuidado socio-emocional, visualización, respiración profunda; b) 12 semanas exposición a hábitos stress-reactive y desarrollo de insight de autocuración). Su objetivo era conocer el efecto del programa en la calidad de vida de las pacientes. Sus resultados indicaron una mejora en la calidad de vida (FACT-G: mejoras en el funcionamiento emocional y social y rol emocional; SF-36: mejora en estatus mental de salud) y reducción del estrés (mejoras en cortisol y tasa cardiaca) y discapacidad. Otros trabajos que también han incluido mindfulness, en concreto basado en la reducción del estrés (MBSR; Kabat-Zinn et al., 1985; Kabat-Zinn et al., 1992), han obtenido mejoras en el estado emocional, síntomas y en algunos parámetros fisiológicos (Lengacher et al., 2011; Matchim, Armer y Stewart, 2011).

Ochoa et al. (2010) pusieron en marcha una intervención grupal de psicoterapia positiva con el objetivo de favorecer la adaptación psico-social del paciente oncológico en esta fase. Se trataba de reducir emociones negativas, trabajando emociones positivas, la regulación emocional y el afrontamiento y facilitar el crecimiento postraumático. Tras la intervención se logró una reducción significativa de la sintomatología postraumática, manteniéndose e incluso incrementándose los efectos de reducción emocional en el seguimiento a los 3 meses.



Con respecto a síntomas, diferentes trabajos señalan el cansancio como uno de los síntomas más presentes en esta fase y con una gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes (Bower et al., 2000; Jacobsen y Stein, 1999; Minton y Stone, 2008; Visser y Smets, 1998). Se ha apuntado cómo, incluso hasta la mitad de los pacientes, pueden seguir experimentando cansancio una vez finalizado el tratamiento (Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci y Lyman, 1998) y cómo éste correlaciona con factores psicológicos (estrés, depresión) y físicos (disnea, alteraciones del sueño) más que con el tratamiento para el cáncer por sí mismo (Banthia, Malcarne, Ko, Varni, y Sadler, 2009; Okuyama et al., 2000). Fillion et al. (2008) pusieron en marcha una intervención psicológica breve para el manejo del cansancio. Mediante educación para el manejo del estrés e intervención en la actividad física, lograron resultados positivos en el grupo de intervención en relación al cansancio, nivel de energía, distrés emocional y calidad del funcionamiento físico. Otros estudios señalan como intervenciones de carácter educativo-informativo podrían contribuir a la mejora de limitaciones físicas derivadas del tratamiento, en concreto, al linfedema, con la consiguiente mejora de la calidad de vida (Ridner, Dietrich y Kidd, 2011)

Otro de los síntomas que parece desempeñar un papel importante, en esta fase, es el dolor. Un estudio de Jensen et al. (2010), en pacientes supervivientes de cáncer de mama, señaló cómo, casi la mitad de las mismas, informaron de la presencia de algún dolor, aunque mayoritariamente de intensidad suave. Además, se obtuvieron asociaciones significativas entre dolor y funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y la severidad de las alteraciones del sueño. Estos autores enfatizan la importancia de una evaluación regular del dolor por parte de los profesionales de la salud y de la prescripción de tratamiento en su caso. Además, señalan la necesidad de indagar si la mejora en el manejo del dolor, a su vez, puede mejorar la calidad de vida de pacientes con historia de cáncer de mama.

A pesar de la identificación de los distintos problemas que los pacientes “libres de enfermedad” pueden experimentar, y de la posible adecuación de la intervención psicológica, en general, pocos trabajos se han centrado en la intervención orientada exclusivamente a esta fase. Esto, puede suponer un obstáculo a la hora de establecer el papel que la intervención psicológica puede desempeñar con estos pacientes y pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en esta dirección para lograr resultados más concluyentes.

No obstante, en general, parece que las investigaciones realizadas presentan resultados favorables en relación a la mejoría del estado emocional, el control de síntomas, la rehabilitación funcional y la calidad de vida. Aunque, sin olvidar la importancia de superar las limitaciones más frecuentes en estos trabajos (ausencia de seguimientos, tamaño de muestra reducido, problemas de representatividad de las muestras, ausencia de grupo control, etc.) además de la necesidad de especificar las técnicas más adecuadas para cada condición.

### *Efectos de la intervención psicológica en la supervivencia.*

Otro aspecto investigado en cáncer, ha sido el posible papel que la intervención psicológica puede desempeñar en el sistema inmune, así como en la supervivencia de los pacientes oncológicos e incluso en el riesgo a una recurrencia (Andersen et al., 2010; Andesern et al., 2008; Blake-Motrimmer et al., 1999; Fawcy et al., 1993; Newell et al., 2002; Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil, 1989; Spiegel et al., 2007).

Este desarrollo tiene como base la posible relación entre el cáncer, el estrés y diferentes estilos de personalidad. Ya desde la antigüedad, se pensaba que ciertos tipos de personalidad eran más propensos al cáncer. En la actualidad, se habla de la personalidad tipo C (apaciguadora, no asertiva, extremadamente paciente, cooperativa, buscadora de armonía y evitadora de conflictos, dócil y defensiva) y, en concreto, se han señalado dos características fundamentales, la supresión o negación de reacciones emocionales fuertes y la imposibilidad de hacer frente adecuadamente al estrés, con la subsiguiente reacción de abandono asociada a sentimientos de desesperación, desamparo e indefensión (Baltrusch, Stangel y Waltz, 1988; citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2003). Sin embargo, debido a las dificultades metodológicas presentes en los estudios realizados dicha relación es difícil de determinar. Así, la gran mayoría de ellos están basados en muestras que ya padecían la enfermedad, lo que supondría una importante dificultad para distinguir si la personalidad es un antecedente o una consecuencia del cáncer. Además, en tal caso, se podría pensar en un único rasgo, la tendencia a inhibir emociones, y no tanto de la existencia de un patrón de personalidad claro asociado al cáncer (Spiegel y Kato, 1996; citado en Amigo et al., 2003).

Por otro lado, diferentes estudios centrados en el estrés, indicarían como aquellas personas que se ven expuestas con mayor frecuencia a acontecimientos vitales estresantes tienen una mayor probabilidad a padecer distintos tipos de enfermedades, incluido el cáncer.

Parece que, la relación entre cáncer y estrés depende del tipo de éste. Así, el estrés incontrolable, agudo y de tipo físico puede propiciar el crecimiento del tumor, mientras que el estrés físico, crónico, aunque sea incontrolable podría inhibir el desarrollo del mismo (Pérez Álvarez, 1990; citado en Amigo et al., 2003). El estrés social sería favorecedor del desarrollo del tumor, independientemente de su cronicidad. (Amigo et al., 2003, Capítulo 14). En definitiva, parece que el estrés, puede facilitar e incrementar la velocidad de desarrollo de un proceso cancerígeno, pero sin suponer que éste desencadene un proceso tumoral (Amigo et al., 2003, Capítulo 14).

Los datos parecen arrojar evidencias que indicarían los posibles beneficios de la intervención psicológica en distintos parámetros biológicos, en el incremento de la supervivencia y en la reducción en el riesgo de recurrencia. Sin embargo, estos trabajos no dejan de presentar importantes limitaciones que ponen en duda la claridad de los resultados obtenidos. Esto queda reflejado en diferentes estudios (Edelman, Lemon, Bell y Kidman, 1999; Gellert, Maxwell y Siegel, 1993; Kissane et al., 2004; Linn, Linn y Harris, 1982; Morgenstern, Gellert, Walter, Ostgel y Spiegel, 1984; Spiegel et al., 2007) y revisiones (Blake- Motrimmer et al.,

1999; Daniels y Kissane, 2008) en los que se pone de manifiesto la falta de evidencias claras en relación a los beneficios de la intervención psicológica en dichos aspectos, y especialmente en la supervivencia.

Tabla 3.3 Intervenciones fase Libre de enfermedad/Supervivencia

Intervenciones educativas/ informativas									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/Grupos-condiciones	Tipo de tumor	Duración/nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Meneses, et al., 2007	Apoyo y educación: mediante sesiones individuales, seguimientos telefónicos y materiales de audio y escrito de apoyo.	Calidad de vida	261 GC: 129 GI: 132	mama	3 S individuales + seguimientos telefónicos	Sg:3, 6,12 m	The breast cancer treatment and sociodemographic data tool Quality of life- Breast cancer survivors	GI (sig) a los 3 y 6 m: > CV > mantenimiento de la vida laboral. GC: 3 meses empeora 6 meses mejora	-
Morrel y Pryce, 2005	Información sobre vida laboral	Funcionamiento laboral						Pacientes sin información sobre el manejo de la vida laboral en relación a la enfermedad, probabilidad 4 mayor de que ésta se deteriorara	
Verbeek, et al., 2003	Int informativa-educativa								
Intervenciones grupales									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos-condicione	Tipo de tumor	Duración/Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Ochoa et la, 2010	Psicoterapia positiva	Adaptación psico-social. Estado emocional				Sg: 3 m		↓ sig. sintomatología post-traumática. Mantenimiento en Sg	

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Fillion, et al., 2008	Educativa breve grupal (manejo del estrés y cansancio) + intervención en actividad física (estrategias cognitivas y conductuales)	Distrés y cansancio	87 GC: 43 GI: 44	mama	1S x semana 4 semanas 1S telefónica	Pre/post Sg 3 m	·Multidimensional Fatigue Inventory ·POMS ·SF-12 ·Single-Stage Treadmil Walking Test ·Actimeter ·Menopause-specific quality of life questionnaire · Brief Pain Inventory ·Inventory of Recent Life Experiences for Cancer Patients ·Appraisal Rating scale ·Coping with Health and Injury Problems	Beneficios en cansancio, nivel de energía, distrés emocional y funcionamiento físico	Dif. G n C de todas las medidas n C efectos de los procesos terapéuticos FE entre grupos EE
Fawcy, et al., 1993	Grupos psicoeducativos	Supervivencia	68 GC GI	melanoma	1S x semana 6 semanas	Sg durante 6 años	POMS	↑ supervivencia	
Morgenstern et al., 1984	Apoyo social, imaginación y meditación.	Supervivencia	136; GI= 34 GC=102					Fallos en el control	
Intervenciones psicoterapéuticas individuales									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Loizzo et al., 2010	a)8 semanas: - open-mindfulness - autocuidado socio-emocional - visualización - respiración profunda b) 12 semanas: - exposición a hábitos stress-reactive - desarrollo de insight de autocuración	Calidad de vida	46		20 semanas	Pre / pos	FACT-G SF-36 HAD Biomarcadores	FACT-G: > funcionamiento emocional y social y rol emocional SF-36: > estatus mental de salud ↓ estrés (mejoras en cortisol y tasa cardiaca) y discapacidad	n Sg n GC

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Lengacher et al., 2010	Mindfulness (MBSR).	Estado emocional Síntomas Calidad de vida	19		8 semanas	Diseño pre-post	Concerns About Recurrence Scale; Perceived Stress Scale; State Trait Anxiety Inventory; (CES-D); LOT-R; Medical Outcomes Social Support Survey; MMOS 36; MSAS	↓ sig: - miedo a una recidiva - percepción de estrés - ansiedad - depresión - frecuencia y severidad de síntomas ↑ sig calidad de vida.	N ↓ n GC n Sg Dif. G
Matchim et al., 2010	Mindfulness (MBSR). Durante 8 semanas	Estado emocional Parámetros fisiológicos	32 GC= 17 GI= 15			Sg: año.	POMS; C-SOSI; FFMQ; Medidas fisiológicas	GI sig mejor en parámetros fisiológicos y estado d mindfulness. POMS: GI > estado de ánimo, pero sin diferencias significativas con GC.	N ↓ M
Intervenciones supervivencia									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos-condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Andersen, et al., 2010; Andersen et al; 2008	Técnicas de reducción del estrés; conductas de salud, mantenimiento y adherencia al tratamiento	Supervivencia Riesgo de recurrencia Estado emocional Adherencia al tratamiento	227 GC: 113 GI: 114	mama	·S semanales x 4 mese ·8 S mensuales	A la recurrencia y 4, 8, 12 meses después.	–	GI: > estado emocional, social, salud y sistema inmune ↓ riesgo de recurrencia. ↑ supervivencia post-recurrencia	–
Kissane, et al., 2004	mejorar el estado afectivo y la actitud hacia el cáncer e incrementar la supervivencia	Estado emocional Actitud hacia el cáncer Supervivencia	303: GI = 154 GC= 149		20 sesiones semanales	Sg: 6, 12, 18, 24 m		no mejoras en la supervivencia	
Edelman, Lemon et al., 1999	Int. Cog-cond	Supervivencia Estado emocional	92 estado emocional 121 supervivencia	mama	–	Sg: 3,6m 5 años	–	↑ estado emocional a CP no mejoras de la supervivencia	–

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Linn et al., 1982	Int. Individual mediante counseling.	en relación a la supervivencia	120			Sg: año	POMS	no mejoras de la supervivencia	
-------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----	--	--	---------	------	--------------------------------	--

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Leyenda

Resultados/ Limitaciones	Instrumentos	
A: aleatorización	BR-23: Módulo específico de cáncer de mama del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC	MAC: Minimental Adjustment to Cancer Scale
AE: análisis estadísticos	BDI: Beck Depression Inventory	MAACL: Multiple Affect Adejetive Check-list
C: control	BPI: The brief Pain Inventory	MSAS: Memorual Symptom Assessment Scale
Dif. D: dificultad de generalización	BPI-SF: Family Pain Inventory- Short Form	PAIS: Psicosocial Adjustment to Illness Scale
EE: especificación de eficacia	BQ: The barriers Questionnaire	PAL-C: Profile of Adaptation to Life Clinical Scale
ED: especificación de diagnóstico	BQ-II: The barriers Questionnaire II	POMS: Profile Mood States
ER: estudio restrospectivo	BCTRI: Breast Cacner Treatment Response Inventory	PTGI: The Post-traumatic Growth Inventory
ED: estudio descriptivo	CES-D: the center for epidemiologic studies-depression scale	PFS: The Piper Fatigue Scale
EP: entrenamiento de profesionales	CNQ: Cancer Needs Questionnaire	QLQ-C30: Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC
FE: falta de equivalencia	CECS: The Courtland Emotional Control Scale	QLI-CV: Ququality of Life Index-Cancer Version
Ht: heterogeneidad	ECOG: Performancer Status	QoL-BC: the Quality of Life Breast Cancer
H: homogeneidad	FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire	SF-36: The Medical Outcomes Study 36-items Short Form
Il: instrumentos inadecuados	FACT-Breast: Functional Assessment of Cancer Therapy- Breat Quality of Life Instrument	SF-12: The Medical Outcomes Study 12-items Short Form
M : limitaciones metodológicas	FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire	SAS: Sel-rating Anxiety Scale
N↓: tamaño de muestra reducido	Flic: Indice de Vida Funcional	SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
n Sg: ausencia de seguimientos	FBS: Fatigue Barriers Scale	SCNS: The supportuive Care Needs Survey
n GC: ausencia de grupo control	GHQ: General Health Questionnaire	SET: The Self-esteem Inventory
nº sesiones ↓: número de sesiones reducido	HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	SDS: Self-rating Depression Scale
PM: pérdida de muestra	IES: Escala de Eventos Impactantes	SCL-90: Symptom Checklist 90
PD: pérdida de datos	LASA: Linear Analogue Scale of Assessment	SRHS: The Self-rated Health Subscale
<: menor /menos	LES: Life Events Scale	STAI: State-trait Anxiety Inventory
>: mayor más	LOT-R: Life Orientation Test	TCSQ: Trait Coping Style Questionnaire
	LSIA: Life Satisfaction Index A	VAS: Escala visual Analógica
		WAI: The Winberger Adjustment Inventory
		WOMAC: Westwrn Ontario and McMaster Osteoarthritis Index



### **3.1.4 Fase de recidiva, progresión y enfermedad terminal**

El diagnóstico de recidiva constituye, en general, una de las etapas más duras y decepcionantes, con un gran impacto psicológico y emocional (Cella, Mahon, y Donovan, 1990; Fawcy, 1999; Svensson, Brandberg, Einbeigi, Hatschek y Ahlberg, 2009). El paciente puede volver a experimentar el ciclo de incredulidad, ira y rabia, ansiedad / depresión que ya se había producido ante el primer diagnóstico, pero con una dificultad creciente, pudiendo aparecer cuadros depresivos, insomnio y estados de ansiedad con inquietud e irritabilidad. Pueden estar presentes diversas preocupaciones como la idea de fracaso de los tratamientos, cuestionamiento de la competencia de los profesionales, además del temor al fin de la vida, preocupaciones por el futuro propio y de la familia, etc. Además, todo ello puede acompañarse de la presencia de nuevos síntomas asociados a la recurrencia que pueden estar mermando la calidad de vida del paciente (Sarenmalm, Öhlén, Odén y Gaston-Johansson, 2007).

Puesto que, en esta fase el paciente puede necesitar un gran soporte emocional, se destaca la importancia de la comunicación entre el paciente y su familia y el equipo médico, de modo que una adecuada formación de estos profesionales podría favorecer el ajuste del paciente a esta nueva situación.

Diferentes trabajos han mostrado resultados favorables en relación a como mediante distintos tipos de intervención psicológica se puede mejorar el ajuste y afrontamiento a la enfermedad, reducir el distrés, mejorar la autoestima y el estado emocional, mejorar el control de síntomas (por ejemplo, dolor) y, en definitiva, mejorar la calidad de vida del paciente. Así, desde la literatura, se han destacado intervenciones cognitivo-conductuales, con objetivos en relación a la mejora del estado emocional, mostrando reducciones significativas de ansiedad y depresión (Edelman, Bell, Kidman, 1999; Edmonds, Lockwood y Cunningham, 1999; Greer et al., 1992). Las intervenciones mediante grupos de apoyo, educativos y expresión emocional, se han centrado en la mejora del estado afectivo, afrontamiento de la enfermedad, y control de síntomas (Chujo et al., 2005; Classen et al., 2001; Classen, Diamond, Soleman, 1993; Johnson, 1982; Spiegel et al., 1989; Spiegel, Bloom y Yalom, 1981; Spiegel et al., 2007). También se han llevado a cabo intervenciones psicoeducativas (Budin et al., 2008) e intervenciones psicoterapéuticas individuales con objetivos y resultados similares.

También en esta fase, las intervenciones psicoterapéuticas individuales se han destinado a fomentar una relación de empatía y comprensión (Fawcy et al., 1995), con el objetivo de facilitar el apoyo emocional. En general, con los pacientes oncológicos, esta terapia, se centra más en esta relación que en la aplicación de técnicas específicas. Así, el paciente puede hablar sobre sus preocupaciones, dificultades y sentimientos, logrando desahogarse sin la sensación de estar sobrecargando a una persona de su entorno afectivo. Se trata, por tanto, de mejorar su estado afectivo y tratar de disminuir el estrés y la ansiedad que el paciente pueda estar experimentando ante esta situación.

Cuando la enfermedad comienza su progresión el paciente se encuentra en un estado de búsqueda de alternativas, busca nueva información, opiniones, posibilidad de otros tratamientos alternativos, etc.

En esta fase, el paciente toma conciencia de lo irreversible de la situación y es frecuente la presencia de cuadros depresivos que deben ser tratados. Suele aparecer el miedo al dolor, al sufrimiento, al abandono y a la pérdida de dignidad corporal. También, pueden aparecer preocupaciones sobre asuntos económicos o profesionales y por el estado de sus familiares en el futuro. A veces, se produce un duelo personal con anticipación de la propia muerte, y son frecuentes las depresiones y los episodios confusionales agudos (delirium).

Una clara verbalización de lo que está ocurriendo por todos los profesionales de la salud puede resultar especialmente útil, así como el manejo de los efectos y síntomas de la enfermedad terminal, principalmente el dolor. Los objetivos de la intervención, en esta fase se han centrado, en general, en tratar de mejorar el estado afectivo, controlar los síntomas como consecuencia de la progresión de la enfermedad, así como mejorar su manejo y facilitar el soporte emocional familiar, la comunicación y la resolución de conflictos (Bloch y Kissane, 2000; Clayton, Butow, Arnol y Tattersall, 2005; Griffiths, Ewing y Rogers, 2010; Keefe et al., 2005). Se trata, en definitiva, de preservar y/o mejorar la calidad de vida del paciente.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, Savard et al. (2006) mediante terapia cognitiva, muestran resultados favorables en la reducción de la depresión, ansiedad, cansancio y distrés general en pacientes con cáncer avanzado. Sloman (2002) utilizando tres condiciones de tratamiento, relajación muscular progresiva, imaginación guiada y la combinación de ambas, logra la reducción de depresión y la mejora de la calidad de vida en los tres grupos de pacientes con enfermedad avanzada. En cambio no hubo reducción de ansiedad.

Los trabajos que han empleado grupos de apoyo logran la reducción de alteraciones afectivas y mejoran síntomas y el afrontamiento a la enfermedad (Bloch y Kissane, 2000; Spiegel et al., 1989; Spiegel et al., 1981). Algunas intervenciones psicoterapéuticas individuales se muestran útiles para mejorar la calidad de vida mediante asesoramiento para reducir el estrés, (Allison, Gripton, y Rodway, 1983; Conner, 1992; Linn et al., 1982). Aranda et al. (2006) pusieron en marcha una intervención individual breve implementada por el personal de enfermería en pacientes con cáncer de mama avanzado. Diferenciaron entre aquellas pacientes que inicialmente tenían altas o bajas necesidades de información, psicológicas y de autocuidado. Mediante técnicas cognitivo-conductuales para la mejora del afrontamiento, autocuidado y optimismo, e intervención educativa centrada en las necesidades de las pacientes, lograron la mejora sólo en las pacientes del grupo de altas necesidades. Tampoco la intervención tuvo efectos en la calidad de vida de las pacientes.

En general, parece que las estrategias puestas en marcha en esta fase señalan efectos positivos en algunos aspectos relacionados con el estado emocional y físico. Así, Fawcy (1999), señala estas estrategias pueden, en ocasiones, ayudar a trabajar más fácilmente el auto-duelo y el dolor emocional, logrando, en lo posible, el mejor control de los síntomas y preservando un nivel de calidad de vida que permita que la muerte se sobrelleve mejor. A pesar de esto, los

trabajos presentados en esta fase también conllevan importantes limitaciones que obstaculizan, una vez más, establecer conclusiones claras sobre los efectos de la intervención. De nuevo, la falta de adecuación entre los objetivos de los trabajos y las técnicas dirigidas a ellos junto con los problemas metodológicos presentes con frecuencia en todos ellos, también el reducido tamaño de las muestra, la ausencia de control de variables o de grupo control limitan la capacidad de concluir con las garantías necesarias.

Tabla 3.4 Intervenciones fase recidiva, progresión y enfermedad terminal

Intervenciones educativas/ informativas									
Autor	Intervención/objetivos	Objetivo	N/Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ nº sesiones	Medidas/ seguimientos	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Keefe, et al., 2005	Intervención educativa-informativa + entrenamiento cognitivo-conductual en habilidades de afrontamiento a pacientes y compañeros.	Dolor	78		3 S informativas-educativas			↑ sig. en la autoeficacia de los compañeros para ayudar al ctrl. del dolor	
Intervenciones grupales									
Autor	Intervención/objetivos	Objetivo	N	Tipo de tumor	Duración/ nº sesiones	Medidas/seguimientos	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Spiegel, et al., 2007	Grupo apoyo-expresión (material educativo+ sesión de grupo de apoyo-expresión): Apoyo social, expresión de la emoción, afrontamiento del miedo a la muerte, Reestructuración de prioridades de la vida,	Supervivencia, Estado emocional Comunicación Control de síntomas	125; GI= 64 GC= 61 (sólo material educativo)	Mama		Sg durante 14 años	-	ER- (GE) vivieron + tiempo que ER- (GC). ER+: no diferencias. GE: ↑ estado emocional No efectos claros en la supervivencia	Replicación inadecuada N ↓ M
Chujo, et al., 2005	Educación para el manejo del estrés. Resolución de problemas. Discusión sobre el afrontamiento. Relajación muscular progresiva.	Calidad de vida	28	Mama	6 S 1 x semana	Pre/Post Sg: 3 y 6 meses	POMS IES-R MAC QLQ-C30 BR-23	↓ depresión y ansiedad a CP	N ↓ n GC n efectos a LP n control V y/o condiciones
Bloch y Kissane, 2000	2 programas: a)terapia para familiares con paciente terminal b)grupo cognitivo-existencial	Cohesión, Resolución de conflictos Expresión de emociones	a) 40 familias b) 303					modelo relevante en el contexto de los cuidados paliativos	

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Edelman, et al., 1999	Intervención cognitivo-conductual: sesiones semanales + seguimiento nocturno	Estado emocional Supervivencia	92	Mama	8S (1 x semana) 3S de Sg (1x mes)	Sg: 3 y 6 meses. Sg: 5 años en supervivientes	POMS	-Dif. significativas en depresión y humor. No en Sg -No dif. en ansiedad -No dif. en supervivencia	-
Edmonds, Lemon et al., 1999	Intervención cognitivo-conductual + apoyo	Estado emocional Calidad de vida	66	Mama	1S x semana durante 8 meses	-	-	GI: < preocupación ansiosa < impotencia(helpleness) No ↑ en CV y humor a LP	-
Spiegel, et al, 1981, 1989	Apoyo y expresión	Estado emocional. Síntomas supervivencia	GC GI	Mama	1S x semana durante 1 año	Sg:5 y 10 años		GI: < tensión < cansancio <confusión < dolor <conductas fóbicas > supervivencia	-
Johnson, 1982	Grupo psicoeducativo estructurado	Estado emocional Conocimiento Afrontamiento	52 GC GI		2S x semana durante 1 mes		STAI ansiedad	GI: < ansiedad. > conocimientos >afrontamiento cognitivo	N↓
Intervenciones psicoterapéuticas individuales									
Autor	Intervención/Técnicas	Objetivo	N/ Grupos- condiciones	Tipo de tumor	Duración/ Nº sesiones	Medidas	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Conner, 1992	Counseling	Estado emocional	24			-	DAS: para ansiedad	Dif significativas: negación asociada a la capacidad de afrontamiento	N↓
Allison, et al., 1983	Counseling: reducción de la negación y programación del meaningful life review	Estado emocional Calidad de vida	8			-	-	↓ distrés emocional	No GC N↓

Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico

Linn, et al., 1982	Counseling	Estado emocional (distrés, aislamiento y autoestima) Supervivencia	120 GC y GI		6S (1 x semana)	Duración del Sg: 1 año	-	GI: > CV. No mantenimiento en Sg. No dif. en depresión ni en supervivencia	M
Intervenciones cognitivo-conductuales									
Autor	Intervención/objetivos	Objetivo	N	Tipo de tumor	Duración/ nº sesiones	Medidas/seguimientos	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Savard, et al., 2006	Terapia cognitiva (CT)	Estado emocional Cansancio	45 GC: en espera GI: terapia	Mama		Pre / post Sg: 3 y 6 meses	HAD	-GI sig < puntuaciones en el HAD que GC. -GI y GC ↓ sig en cansancio y distrés general del pre al post. Mantenimiento en Sg. -CT no impacto sig. en sistema inmune	N↓
Aranda, et al., 2006	Intervención breve cognitivo-conductual + educación	Calidad de vida Afrontamiento, autocuidado y optimismo. necesidades de información, psicológica	105 GC y GI 2 grupos: G nee bajas G nee altas	Mama	2S 1 x semana	Pre/ Post Sg: 1 y 3 meses	SCNS EORTC QLQ-30	Sólo ↑ en grupo de nee altas No efectos CV	N↓ nº sesiones ↓ dif. G
Sloman, 2002	Relajación muscular progresiva e imaginación guiada	Estado emocional Calidad de vida	56 3 condiciones: GI1 : RMP GI2 imaginación guiada GI3: combinadas GC	Diferentes tipos	1S+ Sesiones refuerzo (2 x semana)	Pre / post	HAD Functional Living Index-Cancer scale	GI1= GI2= GI3: ↓ sig. en depresión ↑CV No ↓ sig en ansiedad	N↓

*Factores psicológicos asociados a la enfermedad y tratamiento oncológico*

Leyenda

Resultados/ Limitaciones	Instrumentos	
A: aleatorización	BR-23: Módulo específico de cáncer de mama del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC	MAC: Minimental Adjustment to Cancer Scale
AE: análisis estadísticos		MAACL: Multiple Affect Adejetive Check-list
C: control	BDI: Beck Depression Inventory	MSAS: Memorual Symptom Assessment Scale
Dif. D: dificultad de generalización	BPI: The brief Pain Inventory	PAIS: Psicosocial Adjusment to Illness Scale
EE: especificación de eficacia	BPI-SF: Family Pain Inventory- Short Form	PAL-C: Profile of Adaptation to Life Clinical Scale
ED: especificación de diagnóstico	BQ: The barriers Questionnaire	POMS: Profile Mood States
ER: estudio restrospectivo	BQ-II: The barriers Questionnaire II	PTGI: The Post-traumatic Growth Inventory
ED: estudio descriptivo	BCTRI: Breast Cacner Treatment Response Inventory	PFS: The Piper Fatigue Scale
EP: entrenamiento de profesionales	CES-D: the center for epidemiologic studies-depression scale	QLQ-C30: Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC
FE: falta de equivalencia	CNQ: Cancer Needs Questionnaire	QLI-CV: Ququality of Life Index-Cancer Version
Ht: heterogeneidad	CECS: The Courtland Emotional Control Scale	QoL-BC: the Quality of Life Breast Cancer
H: homogeneidad	ECOG: Performancer Status	SF-36: The Medical Outcomes Study 36-items Short Form
Il: instrumentos inadecuados	FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy-General Questionnaire	SF-12: The Medical Outcomes Study 12-items Short Form
M : limitaciones metodológicas		SAS: Sel-rating Anxiety Scale
N↓: tamaño de muestra reducido	FACT-Breast: Functional Assessment of Cancer Therapy- Breat Quality of Life Instrument	SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
n Sg: ausencia de seguimientos	FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire	SCNS: The supportuive Care Needs Survey
n GC: ausencia de grupo control		SET: The Self-esteem Inventory
nº sesiones ↓: número de sesiones reducido	Flic: Indice de Vida Funcional	SDS: Self-rating Depression Scale
PM: pérdida de muestra	FBS: Fatigue Barriers Scale	SCL-90: Symptom Checklist 90
PD: pérdida de datos	GHQ: General Health Questionnaire	SRHS: The Self-rated Health Subscale
<: menor /menos	HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	STAI: State-trait Anxiety Inventory
>: mayor más	IES: Escala de Eventos Impactantes	TCSQ: Trait Coping Style Questionnaire
	LASA: Linear Analogue Scale of Assessment	VAS: Escala visual Analógica
	LES: Life Events Scale	WAI: The Winberger Adjustment Inventory
	LOT-R: Life Orientation Test	WOMAC: Westwrn Ontario and McMaster Osteoarthritis Index
	LSIA: Life Satisfaction Index A	

*A modo de conclusión:*

Como se ha visto, la literatura pone de manifiesto las múltiples dificultades que el paciente oncológico y su entorno pueden encontrar a lo largo del proceso de enfermedad y/o tratamiento. Se subraya la importancia de evaluar las necesidades de éstos pacientes así como fomentar el trabajo multidisciplinar. Aunque existen trabajos con resultados encontrados, parecen existir numerosos estudios que ofrecen resultados positivos en relación a la intervención psicológica en cáncer. Asimismo, distintas revisiones realizadas en los últimos años apuntan en esta dirección, a pesar de la utilización de diferentes criterios de evaluación y clasificación de los trabajos. La revisión de Newell et al. (2002), centrándose en trabajos con garantías metodológicas, clasifica éstos en función de los objetivos de la intervención. Aunque incide en la necesidad de ser cautos en su recomendación, señala sus potenciales beneficios. Especialmente destacan la terapia grupal, intervención educativa, counseling y terapia cognitivo-conductual, así como, sus posibles efectos a medio y largo plazo, aunque no tanto a corto plazo. El trabajo de Barsevick et al. (2002) revisa intervenciones, aunque sólo dirigidas a la depresión, obteniendo resultados favorables mediante intervenciones similares (terapia conductual, counseling, y combinadas con educación). Blake-Mortimer et al. (1999) revisa la efectividad de la psicoterapia grupal en la calidad y cantidad de vida. Señalan como distintas terapias de grupo reducen trastornos afectivos, el dolor, mejoran la calidad de vida del paciente oncológico y, aunque sin resultados concluyentes, exponen trabajos que pueden tener efectos positivos en la cantidad de vida. Por otro lado, la revisión de Lepore y Coyne (2006) tiene en cuenta estas y otras revisiones realizadas en la literatura. En ella, se pone de manifiesto las diferencias entre las revisiones a la hora de concluir sobre la efectividad o no de la intervención psicológica en cáncer y los beneficios de su aplicación. Si bien, señalan como incluso las revisiones más rigurosas (ej. Newell et al., 2002) presentan limitaciones a la hora de seleccionar los trabajos que cumplan garantías metodológicas, así como, sobre los cuales se obtienen conclusiones sobre la eficacia de la intervención psicológica. En la misma línea, Coyne y Lepore (2006), ponen en duda las evidencias arrojadas sobre la eficacia de la intervención psicológica en la reducción del estrés en pacientes con cáncer, lo que les lleva incluso a cuestionarse si merece la pena invertir en ella.

Por todo ello, se requiere precaución en la consideración de las conclusiones de los trabajos realizados. Es necesario tener en cuenta que, las investigaciones realizadas, independientemente de la fase de la enfermedad en la que se han llevado a cabo, de su modalidad y objetivos, no han dejado de presentar distintas limitaciones, que también han quedado patentes en los trabajos de revisión ya comentados. Ibáñez y Soriano (2008) ponen de manifiesto la violación de las normas estándar de la investigación científica por diferentes estudios basados en la importancia de la intervención psicológica en enfermos oncológicos. Así, señalan problemas de diseño, de tamaño de la muestra, ausencia de aleatorización, falta de especificación de hipótesis de estudio, objetivos y de la terapia utilizada (individual/colectiva; tipo de técnicas empleadas), falta de especificación de los tumores presentados por la muestra, etc. Haciendo referencia a los trabajos expuestos a lo largo del presente trabajo, las limitaciones encontradas han ido en la misma línea. Se destacan, el uso de tamaños de



muestra pequeños o la pérdida de sujetos a lo largo del tiempo, debido, en muchos casos, a las propias peculiaridades de la muestra, en relación al estado físico, pronóstico, a dificultades de acceso a la misma y a los abandonos esperables en cualquier investigación (Chujo et al., 2005; Cunningham et al., 1998; Dolbeault et al., 2009; Given et al., 2004; Griffith et al., 2009; Lapid et al., 2007; Lieberman et al., 2003; Salonen et al., 2009; Syrjala et al., 1995; Trask, Paterson, Griffith et al., 2003; Velikova et al., 2004; Winzelberg et al., 2003). Esto ha supuesto la pérdida de información así como dificultades a la hora de generalizar los resultados a la población. Además, se han encontrados trabajos que presentan problemas, tales como, la ausencia de grupo control (Cwickel y Behar, 1999; Jensen et al., 1993; Lieberman et al., 2003), ausencia de un procedimiento de aleatorización adecuado (Syrjala et al., 2008), ausencia de control de las variables (Armes et al., 2007; Given et al., 2004; McLachan et al., 2001; Salonen et al., 2009; Spiegel et al., 2007), falta de equivalencia entre el grupo control y el grupo experimental en características clínicas, sociodemográficas, etc., dificultad para la clarificación de las condiciones que hacen más o menos efectiva una intervención (Chujo et al., 2005; Classen et al., 2001; McLachan, 2001; Winzelberg et al., 2003), uso de muestras demasiado homogéneas (Lapid et al., 2007; Syrjala et al., 2008) con la consiguiente dificultad de generalización, ausencia de seguimientos a largo plazo (Winzelberg et al., 2003), problemas con los instrumentos de medida utilizados y los análisis estadísticos (Classen et al., 2001; Griffith et al., 2009) y el uso de estudios retrospectivos (Hunt et al., 1990).

Todo ello, en muchos casos, obliga a tomar con cautela los resultados obtenidos, dificulta la comparación objetiva de los datos proporcionados por los distintos estudios, la obtención de conclusiones válidas y, por tanto, la generalización de los resultados con las garantías metodológicas necesarias.

Por otro lado, estos trabajos, en general, han empleado paquetes de intervención estandarizados, centrándose en numerosas y complejas conductas con funcionalidades diferentes, atendiendo más a las topografías que a la función que desempeñan, sin tener en cuenta que las condiciones que las controlan pueden ser distintas. Esta falta de especificidad entre técnicas y objetivos, supone una dificultad para establecer las condiciones en las que una intervención puede resultar de utilidad y para establecer qué pacientes se pueden beneficiar más o menos de la misma. Además, si a esto se añaden los problemas metodológicos expuestos anteriormente, quedan a la vista diferentes cuestiones que han de ser superadas. Así, es necesario preguntarse hasta qué punto el diseño de la intervención propuesta permite hacer funcionales los objetivos del trabajo para los pacientes a los que va dirigido, qué medidas han de realizarse, cómo deben realizarse y qué instrumentos son más adecuados para las mismas, qué seguimientos deben tenerse en cuenta, etc. Con todo ello, la última cuestión que quedaría plantearse es si la intervención propuesta es necesaria para todos los pacientes o para qué pacientes podría mostrarse más adecuada.

Ante este panorama, parece que para superar, al menos en parte, los problemas anteriormente expuestos, intervenciones más flexibles y adaptadas a cada caso particular, es decir, intervenciones con diseño N=1, podrían suponer una solución alternativa. En tanto que permitan poner el énfasis en las conductas del sujeto en el contexto en el que ocurren. Así, se

podría potenciar el análisis funcional de las conductas, teniendo en cuenta los determinantes del problema y orientar la intervención psicológica hacia objetivos relevantes para la persona. Si esta intervención se demuestra eficaz podrían diseñarse intervenciones estandarizadas orientadas a la función que un comportamiento determinado cumple en el mantenimiento de los problemas.

Partiendo de la importancia de tener en cuenta al sujeto y su contexto, y que las intervenciones conductuales parecen mostrarse más eficaces que el resto, en este estudio se asume el análisis contextual de la conducta, tomándose como referencia la Terapia de Activación Conductual.

#### 4. INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA CONTEXTUAL-FUNCIONAL

---

Como se ha visto hasta ahora, son muchos los estudios que señalan el impacto que la enfermedad oncológica tiene en los distintos ámbitos de la vida del paciente. El paciente oncológico ante la enfermedad y/o tratamiento puede experimentar toda una serie de reacciones, efectos y síntomas que pueden generar limitaciones y desencadenar cambios en su vida cotidiana (Fischer, Villines, Kim, Epstein y Wilkie, 2010; Holzner et al., 2004; Sarna et al., 2005; Schou, Ekeberg y Ruland, 2005). En esta línea, estudios previos de este equipo (Fernández et al., 2006; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004), ya reflejaron como los síntomas asociados a la enfermedad y/o tratamiento, especialmente síntomas continuos (cansancio, dolor, alteraciones de sueño, falta de apetito) se relacionaron altamente con alteraciones emocionales (ansiedad, irritabilidad y depresión) y cambios en las rutinas. Además, tales cambios se asociaron con mayor sintomatología y con distintas alteraciones emocionales, especialmente estado de ánimo deprimido.

Parece por tanto, que para el paciente y los que le rodean, los cambios que se producen como consecuencia de esta nueva situación en su vida pueden resultar difíciles de afrontar, acompañándose, en ocasiones, de importantes alteraciones emocionales (Brintzenhofe-Szoc, Levin, Kissane y Zabora, 2009; Burgess et al., 2005; Deshields, Tibbs, Fan y Taylor, 2006; Stiegelis, Ranchor y Sanderman, 2004; Teunissen, de Graeff, Voest y de Haes, 2007).

Unido a lo anterior, y para poder entender muchos de los déficits específicos del comportamiento de los enfermos, es necesario tener en cuenta el entorno. Así, con frecuencia, tanto el entorno social como el sanitario, pueden estar facilitando y/o manteniendo la asunción por parte del paciente de toda una serie de estrategias de evitación, con la consiguiente pérdida y abandono de actividades y responsabilidades de la vida. Esta pérdida progresiva, a su vez, podría suponer la pérdida de funciones y con ello de gratificaciones diarias, facilitando un peor estado de ánimo (Espantoso et al., 2007; Fernández, Villoria et al., 2011; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004).

Partiendo de todo esto y, puesto que según la literatura las distintas intervenciones psicológicas (educativas, cognitivo-conductuales, grupales,...) puestas en marcha, no permiten ser del todo concluyentes, se propone una explicación contextual-funcional de los problemas del paciente oncológico y se plantea una alternativa contextual de intervención.

## **4.1 Perspectiva funcional y contextual**

En esta perspectiva se enmarcan diferentes terapias que emergen a partir de la década de los noventa. Su expansión se establece en el desarrollo del análisis funcional de la conducta y en la recuperación de las raíces contextuales de la terapia de conducta (Pérez Álvarez, 2006, 2007). Así, en la década de los cincuenta, la terapia de conducta, subrayaba la importancia de las contingencias ambientales como determinantes de la conducta y la consideración de toda conducta observable y “no observable” (o, más bien, sólo observable por una persona, es decir, eventos privados) como objeto de análisis.

La conducta será entendida en términos de su función y no de su forma. Así, los eventos psicológicos serían vistos como interacciones entre la persona y el contexto, que sólo se pueden comprender de acuerdo con su historia y las circunstancias actuales.

El contexto, es entendido en relación a tres dimensiones, ambiente, persona y relación terapéutica. El ambiente sería el medio social y cultural, así como los diferentes ámbitos (familiar, relaciones sociales, trabajo...) en los que ocurre la vida de la persona y el cual contiene normas y valores. La persona es entendida como un sujeto socio-verbal, como un pasado y un modo de ser. El contexto socio-verbal representa la cultura psicológica que uno ha incorporado de acuerdo con el contexto social lingüístico y cultural en el que se ha socializado. Especifica las explicaciones, valoraciones y formas de control que uno ha aprendido acerca de sus sentimientos, pensamientos, etc. Se trata, en general, de las ideas, creencias y conocimientos (metacogniciones) que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos. Lo que la persona se dice a sí misma o a las demás, se entiende desde la función que cumple en el momento actual.

El contexto socio-verbal engloba cuatro contextos (Hayes, Follete y Follete, 1995, Capítulo 5): el contexto de la explicación, el contexto de control, el contexto de la literalidad y el contexto de la evaluación. El contexto de la explicación, se refiere a como en la comunidad verbal se aprende que el comportamiento tiene sus causas y éstas son las razones/justificaciones que damos ante lo que hacemos. Los pensamientos y los sentimientos están entre esas justificaciones. El contexto de control, se refiere a como las explicaciones o razones que uno da sobre lo que hace o le pasa son asumidas como las causas, las cuales han de ser controladas para solucionar el problema. Así, cuando uno tiene un problema trata de deshacerse de él modificando sus causas, es decir, modificando pensamientos y sentimientos, ejerciendo control sobre ellos. Por esta lógica, uno está luchando contra las causas, contra el miedo, la depresión, las ansiedad, etc., y se pretenden eliminar estas causas para estar bien. El contexto de la literalidad, hace referencia a cómo las palabras pueden apropiarse del significado de los objetos a que se refieren. De esta forma, pueden adquirir su propia objetividad, es decir, una autonomía funcional. Esto ocurre cuando las palabras tornan

explicación y se creen literalmente. Por último, el contexto de evaluación, hace referencia a cómo en la comunidad verbal se establece un acuerdo sobre lo que es bueno y lo que es malo. Esto, afecta al propio comportamiento, puesto que, la valoración bueno/malo termina por incorporarse a la conducta. No se dice “esto es” y lo valoro como bueno o malo, sino que se dice “esto es malo” o “esto es bueno”.

En cuanto a la relación terapéutica es vista como una oportunidad para tener experiencias que permitan corregir y reaprender nuevas formas de atender y tratar los problemas presentados. Por tanto, este contexto no sólo sirve para llevar a cabo la terapia sino que a veces es en sí mismo terapéutico.

Desde esta perspectiva, se entiende que la personalidad no es algo fijo que lleva a la persona a actuar de forma consistente a lo largo de diferentes situaciones en función de aspectos constitucionales (fisiológicos, genéticos,...). Si no, que se entiende que se conforman repertorios conductuales en la interacción con el contexto actual e histórico y, lo que interesa es conocer cómo se han adquirido y su función. En consecuencia, si las condiciones se mantienen, un patrón de conducta puede ser mantenido e incluso difícil de cambiar, pero si las condiciones contextuales se modifican, se pueden poner en marcha otros patrones de conducta. Así, en términos de personalidad se puede decir que ésta se puede cambiar.

Además, se evitan los juicios sobre lo que es normal o desviado. Toda conducta es analizada de igual manera, ya que los procesos psicológicos que guían tanto la conducta normal como la anormal son los mismos. Los pacientes no reciben críticas del terapeuta por su comportamiento y se resta importancia a las etiquetas diagnósticas. Puesto que la conducta es el resultado de la combinación del organismo, su historia y el contexto ambiental, independientemente de su forma y efecto, los trastornos psicológicos son vistos en términos interactivos, funcionales y contextuales. El problema no es algo que la persona tenga dentro, sino que la persona está dentro de unas circunstancias que son problemáticas. El problema surge de las interacciones con los otros y de la relación de la persona con sus propias experiencias (pensamientos, sentimientos, recuerdos,...). En estos términos, se entiende como los pensamientos y los sentimientos se convierten en las causas que la persona utiliza para explicar lo que le ocurre, por ello la persona asume que para cambiar la conducta es necesario controlarlos. Esto, lejos de ser la solución, acaba por formar parte del problema. Al tratar de quitar los pensamientos y sentimientos uno queda atrapado en ellos, así, por ejemplo, una situación deprimente justificaría estar deprimido, pero pensar deprimidamente sería por sí equivalente a (la) situación causante (Pérez Álvarez, 1996).

Desde este enfoque, el análisis funcional de la conducta va ser fundamental puesto que permite identificar las características/rasgos conductuales y contextuales de una situación psicológica (Kanfer y Saslow, 1969; citado en Hayes et al., 1995). Permite la identificación de características potencialmente relevantes de la persona, su conducta y el contexto, que son organizadas poniendo el énfasis no sólo en la estructura del fenómeno observado sino también, y especialmente, en su función (Hayes et al., 1995, Capítulo 5). Además, permite

establecer una intervención que a su vez permita la modificación de las condiciones que están manteniendo la conducta problema y, así, cambiar esta conducta. Por ello, el análisis funcional ha de continuar a lo largo de todo el proceso para poder llevar a cabo una evaluación continua del cambio/ progreso del cliente.

Dos conceptos cobran peso en las terapias dentro de esta perspectiva: la aceptación y la activación. La aceptación es entendida como un acto positivo y paradójico de querer tener aquellas experiencias que hasta el momento uno intentaba evitar o eliminar. Se propone, por tanto, el abandono de la lucha contra los “síntomas”.

La activación, consiste en reorientar la vida en la dirección de las cosas que importan. Y para ello, es necesario cambiar la situación y las circunstancias (contingencias) que están manteniendo el problema. De esta forma, el paciente deja de ser “paciente” y pasa a ser activo, puesto que ha de actuar de acuerdo a lo que es valioso para él y no de acuerdo a lo que siente. Se intenta, por tanto, lograr un “distanciamiento comprensivo”, adoptando una perspectiva distinta de los problemas y logrando una “aceptación responsable” para comprometerse a actuar. Será fundamental la clarificación de valores, es decir, ser capaz de identificar las direcciones significativas de la vida, para poder orientarla hacia una dirección valiosa.

Puesto que una de las terapias que se enmarcan en esta perspectiva es la Terapia de Activación Conductual y es la que se ha tomado como referencia para este estudio se exponen a continuación sus características más relevantes.

## **4.2 La Activación Conductual**

La Activación Conductual se desarrolla orientada a la depresión, señalando como es el contexto el que puede dar una explicación eficiente de ésta y es el lugar idóneo para implementar una intervención eficaz.

La Activación Conductual tiene su base en modelos de conducta tradicionales sobre la depresión, para los que ésta es producto de bajas tasas de reforzamiento de conductas no depresivas. Ya Skinner (1953; citado en Perez Alvarez, 2007), proponía la asociación de la depresión con la interrupción de secuencias de conductas saludables establecidas mediante reforzamiento social positivo. Para Ferster (1973; citado en Perez Alvarez, 2007) la depresión consistía en una reducción de la tasa o fuentes de reforzamiento ante la que el sujeto reaccionaría con pasividad al tiempo que desarrolla cogniciones negativas. En una línea similar, desde la terapia conductual para la depresión desarrollada por Lewinsohn (1974; citado en Perez Alvarez, 2007), se consideraría la depresión como resultado de una baja tasa de reforzadores positivos. En la medida en que las conductas depresivas suelen ser objeto de

apoyo social y simpatía, se incrementaría la probabilidad de las mismas. Por otro lado, posiblemente aunque en el inicio el comportamiento depresivo pudiera ser mantenido mediante reforzamiento positivo, finalmente podría suponer consecuencias sociales aversivas desde otros significativos (Coyne, 1976; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003).

Así, se enfatizará la modificación del ambiente para facilitar y fortalecer el contacto del paciente con actividades y consecuencias agradables. Para ello, se emplearán diferentes estrategias poniendo ya de manifiesto la posible eficacia de estrategias de activación conductual. Por ejemplo, se demostraba como mediante la monitorización diaria de eventos agradables/ desagradables y los correspondientes estados de ánimo o mediante intervenciones conductuales que incluían escalas de actividades, desarrollo de habilidades sociales, etc. los síntomas depresivos, a menudo, eran aliviados (Hopko, Lejuez, LePage et al., 2003)

Se iniciará, además, hacia la década de los 70, el desarrollo de las terapias cognitivas, que fusionadas con técnicas conductuales mostrarán su eficacia para el tratamiento de la depresión. A raíz de sus resultados, diferentes estudios comenzarán a plantearse o a exponer las posibles causas de la eficacia de estas terapias cognitivas o cognitivo-conductuales (Jacobson et al., 1996; Jacobson y Gortner, 2000; Otto, Pava, y Sprich-Buckminster, 1996; Simons, Garfield y Murphy, 1984; Zeiss, et al., 1979; citados en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003), apuntando como los componentes conductuales de los tratamientos podían tener más peso que los cognitivos. Así, en el trabajo de Jacobson et al. (1999; citado en Pérez Alvarez, 2007), se puso a prueba la terapia cognitiva para la depresión así como dos hipótesis alternativas a la misma (hipótesis de la activación e hipótesis del afrontamiento). Según la Terapia Cognitiva, la depresión supone esquemas cognitivos (asunciones y creencias) que predisponen a la persona a interpretaciones negativas de los eventos de la vida (distorciones cognitivas y pensamientos automáticos) conduciéndole a conductas depresivas (menos actividad y humor negativo). Mediante técnicas conductuales pero, especialmente cognitivas, se trataría de modificar esos esquemas depresógenos que causan la depresión. Por otro lado, la hipótesis del afrontamiento buscaría el aprendizaje de habilidades en terapia para tratar con los eventos y pensamientos disfuncionales. Y, la hipótesis de la activación, buscaría la activación del paciente, para así, éste entrar en contacto con condiciones ambientales beneficiosas.

Para poner a prueba estos tres planteamientos se compararon tres condiciones:

a) activación conductual (hipótesis de activación), consistió en las técnicas conductuales que forman parte de la Terapia Cognitiva (programación de actividades, valoración del “agrado y dominio” de las actividades realizadas, asignación de tareas graduales, ensayo imaginario de las actividades a realizar, discusión de problemas específicos y desarrollo de habilidades sociales).

b) activación conductual más modificación de pensamientos automáticos disfuncionales (hipótesis de afrontamiento), consistió en la condición anterior más técnicas cognitivas (detección de pensamientos precedentes a los cambios de humor, registro diario de pensamientos disfuncionales asociados a eventos, revisión de los pensamientos negativos, entrenamiento en pensamientos más realistas, re-atribución de los eventos y puesta a prueba de las interpretaciones negativas)

c) Terapia Cognitiva completa, incluyó las condiciones anteriores más técnicas cognitivas dirigidas a la modificación de los esquemas (discusión de creencias subyacentes causantes de los problemas depresivos la identificación de las asunciones y creencias básicas, propuesta de asunciones alternativas, discusión de ventajas y desventajas de unas u otras creencias, discusión de ventajas a acorto y largo plazo de las distintas creencias, tareas para casa para poner a prueba la validez de las creencias y la revisión de creencias asociadas a eventos).

Si para el tratamiento de la depresión son necesarios los cambios estructurales de los esquemas subyacentes, entonces la Terapia Cognitiva debía ser significativamente más eficaz que cualquiera de las otras dos condiciones. Sin embargo, las tres condiciones fueron igualmente eficaces, lo que apuntaría a la hipótesis de activación frente a las otras dos. (Pérez Álvarez, 2007). A partir de aquí despegará la activación conductual como terapia, y en ella se destacarán dos tipos de intervenciones, la Activación Conductual (BA; Martell, Addis y Jacobson, 2001) y el Tratamiento de Activación Conductual Breve para la Depresión (BATD; Lejuez, et al., 2002; Lejuez et al., 2001). La BATD toma como principio guía *la Matching Law Theory* (Hernstein, 1961, citado en Lejuez et al., 2001), que destaca la importancia de la observación completa del contexto en el que ocurre la conducta, y no sólo de los reforzadores específicos que siguen la conducta específica (Kanter, Busch y Rusch, 2009, Capítulo1). La BA se desarrolla desde una teoría contextualista contemporánea (Hayes et al., 1993, 1999; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003), apoyada por los hallazgos empíricos sobre la eficacia del componente conductual de la terapia cognitivo-conductual (Jacobson et al., 1996; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003).

La BATD se presenta con técnicas altamente estructuradas centradas en la activación, a diferencia de la BA que enfatiza la aplicación flexible de técnicas de tratamiento y ofrece técnicas específicas para identificar y superar la evitación (Kanter et al., 2009, Capítulo1).

Aunque, ambas intervenciones, como ya se ha comentado, tienen como base las terapias conductuales tradicionales, incorporan aspectos nuevos. Así, son más ideográficas, ya que ponen el acento en las circunstancias personales que mantienen la conducta de un individuo determinado y suponen tanto un análisis funcional de la conducta problema, como de las actividades propuestas, así como la evaluación de las necesidades y los objetivos del cliente. Esto, confronta con planteamientos más nomotéticos de lo que es agradable, donde los cambios adecuados de algunas conductas particulares se determinan por evaluaciones continuas, basadas en si la frecuencia y/o duración de estas conductas se incrementan a través



del tiempo y, llevan a la correspondiente reducción de síntomas depresivos. Además, estas intervenciones incorporan el concepto de evitación, como evitación conductual y, el modelo de aceptación-cambio. Según éste, se trataría de enseñar al paciente a formular y lograr objetivos conductuales a pesar del estado de ánimo y de los pensamientos negativos, con lo que resultaría innecesario el intento de controlar y cambiar estos pensamientos, así como el estado de ánimo.

A pesar de que el aspecto central es el conductual manifiesto, no se ignoran los aspectos cognitivos ni los emocionales. Se reconoce así, la importancia de la cognición en la génesis y mantenimiento de la depresión. Sin embargo, ésta no es vista como la causa y el objetivo de cambio, si no que los procesos dirigidos a las cogniciones son indirectos puesto que de lo que se trata es de poner al individuo en contacto con más consecuencias positivas. Así, se supone que en la medida en que se produzca un incremento de la conducta, el afecto negativo y las correspondientes cogniciones inadaptadas podrán ser mejoradas (Lejuez et al., 2001). De hecho, estos planteamientos se dirigen al ambiente constituyente del afecto depresivo, un componente que se cree más externo, observable, medible y capaz de ser controlado (Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003).

El núcleo de la terapia son las conductas del paciente y el contexto en el que ocurren. Atiende a las condiciones desencadenantes de la conducta problema y las consecuencias que éstas suponen para la persona, así como respuestas de afrontamiento inefectivo. Las conductas que la persona emplea para abordar el problema pueden suponer un impedimento para afrontar los problemas de la vida, manteniendo a la persona en una actitud pasiva, cumpliendo por tanto un papel evitativo ("evitación conductual"). En relación con la depresión, la conducta depresiva sería una estrategia de afrontamiento para evitar circunstancias ambientales que proveen bajos niveles de reforzamiento positivo o altos niveles de control aversivo (Jacobson et al., 2001; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003). Se trataría, por tanto, de una evitación no intencional sino por funcionalidad. Así, la evitación mantiene a uno fuera de contacto con las condiciones de las que podría depender una mejoría. Por ello, para la AC son tan importantes las circunstancias que favorecen el problema como las respuestas de la persona a estas circunstancias. Es probable que la persona ante el problema presente alteraciones en su rutina y será necesario restablecer las rutinas interrumpidas o establecer otras que establezcan el ritmo de la vida. Desde la terapia se propone actuar para estar bien y no esperar a estar bien para actuar.

Así, la terapia trata de enseñar al cliente a ser activo, puesto que se trata de modificar esa actitud pasiva ante los problemas. Mediante técnicas adicionales se facilita la acción, y el desarrollo de este afrontamiento activo. Estas técnicas pueden ser, asignación de actividades para incrementar el dominio y el placer, ensayo mental de actividades asignadas, rol-playing de actividades asignadas, modelado, distracción periódica de eventos displacenteros, entrenamiento en mindfulness o relajación, autoreforzamiento y entrenamiento de

habilidades de comunicación, solución de problemas, etc. (Martell et al., 2001; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al, 2003).

No consiste simplemente en aumentar las actividades agradables, sino que se trata de ocupar el tiempo en cosas útiles para la persona. El cliente debe actuar conforme a lo que para él es relevante, y no conforme a como se siente.

El paso inicial de la terapia es el establecimiento de una relación terapéutica. La propia relación terapéutica se convierte en el contexto terapéutico. Así, se establece entre paciente y terapeuta una relación de colaboración, de manera que ambos trabajarán conjuntamente para identificar los comportamientos problemáticos en el contexto en el que ocurren y lograr un compromiso por parte del cliente en conductas saludables. Para ello, el terapeuta ha de enseñar al cliente a entender la depresión en términos contextuales, exponiendo los distintos aspectos que conforman la situación depresiva. Así, se expondrá como se pueden dar determinadas condiciones en la vida (eventos negativos recientes, circunstancias biográficas predisponentes, etc.) que anteceden a la depresión y que pueden suponer la pérdida del interés del paciente por aquellas cosas interesantes o valiosas para él. Esto implicaría situaciones de bajo reforzamiento positivo, y/o el desarrollo de repertorios conductuales inadecuados que impedirían alcanzar metas valiosas. De todo lo anterior se derivaría el “sentimiento depresivo”, que englobarían toda una serie de sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad, baja autoestima, etc. Ante esta situación, aparecería el patrón de evitación conductual, consistente en el abandono de actividades habituales e implicación en otras actividades para la evitación de diversas situaciones desagradables o temidas (trabajo, familia, responsabilidades, pensamientos,...). Este patrón jugará un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del problema. Estas actividades de evitación se van haciendo cada vez más frecuentes y, a su vez, las conductas valiosas menos frecuentes, de manera que distintas áreas de la vida del paciente (trabajo, familia, amigos,...) se pueden ver afectadas por pérdidas importantes que traerán consecuencias negativas a largo plazo (sentimientos y pensamientos negativos de culpabilidad, inutilidad, etc.). Lo esencial será el cambio de conducta, puesto que si se experimentan consecuencias positivas será posible que los sentimientos y pensamientos negativos cambien, mejorando el estado de ánimo y la calidad de vida.

Para poder identificar tanto las conductas no saludables como las saludables del repertorio del paciente y, poder incrementar las últimas, es necesario llevar a cabo el análisis funcional de la conducta. Pero, además de éste, es necesaria la continua monitorización de la actividad, mediante cualquier medio (registros sistemáticos, diarios, narrativas,...). Con ello, se logra que la persona sea capaz de identificar la relación que existe entre lo que hace, lo que siente y lo que ocurre en su ambiente. Por ello, también es necesaria una evaluación continua. Además, es necesaria la valoración del dominio y el agrado de actividades, para así poder proporcionar oportunidades para poner en juego acciones que sean posiblemente reforzadas por las contingencias del ambiente social natural.

La Activación Conductual, aunque se centra en las necesidades individuales y se ajusta a cada paciente, puede llevarse a cabo de una manera estructurada aunque flexible. La duración del tratamiento está en torno a las 20-24 sesiones, aunque existen modalidades más breves en torno a 6-12 sesiones (Lejuez et al., 2001) e incluso formatos autoaplicados (Addis y Martell, 2004)

En cuanto a los estudios que muestran los resultados positivos de la AC, señalar como estudio pionero el ya expuesto de Jacobson et al. (1999), donde la hipótesis de activación mostró una eficacia equivalente a la TC, cuya eficacia ha sido ampliamente probada, siendo de referencia para otras terapias (Pérez Álvarez y García Montes, 2003; citado en Pérez Álvarez, 2007).

En formato de grupo con depresión mayor en un contexto público de salud mental, la AC mostró resultados favorables (Porter, Spates y Smitham, 2004; citado en Pérez Álvarez, 2007) y también un formato de AC adaptado para Trastorno de Estrés Postraumático (Jakupcak et al., 2006; citado Kanter et al., 2009, Capítulo 1; Mulick y Naugle, 2004).

En un estudio de Dimidjian et al. (2006) se comparó la AC, la TC, un tratamiento con medicación antidepresiva (paroxetina) y una medicación placebo. Se empleó un diseño aleatorio con grupo de control-placebo, con 241 pacientes adultos con depresión mayor. Todos los tratamientos mostraron su eficacia con la depresión leve, pero la AC fue superior a la TC con la depresión más severa igualando a la eficacia de la medicación. Además, la AC mostró un menor grado de abandono que la medicación.

Con respecto a la BATD, en una serie de casos dentro de una comunidad de salud mental, mostró cambios en adultos con depresión moderada (Lejuez et al., 2001). Además, también se ha mostrado eficaz en el tratamiento de síntomas de ansiedad y depresión coexistentes (Hopko, Lejuez y Hopko, 2004) y como complemento de tratamiento farmacológico (Hopko, Lejuez, McNeil y Hopko, 1999). En un estudio más reciente (Hopko, Lejuez, Lepage et al., 2003), donde se comparaba BATD con psicoterapia de apoyo en un ambiente hospitalario, la BATD mostró una reducción significativa de síntomas depresivos (Inventario de Depresión de Beck, BDI) entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

Otros trabajos, en el contexto de los cuidados primarios, han mostrado su utilidad, en la depresión en pacientes con cáncer, en su uso junto con un tratamiento estándar para dejar de fumar y, en pacientes con alto riesgo de suicidio (Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir y Lejuez; citado en Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003).

Asimismo, se ha visto su efectividad tanto en pacientes tomando medicación antidepresiva como en pacientes que no lo están, en una aplicación entre 6 y 10 sesiones (Cullen, Spates, Pagoto y Doran, 2006). Otro trabajo reciente, (Hopko, Bell, Armento, Hunt y Lejuez, 2005) llevado a cabo a partir de un estudio preliminar (Lejuez, et al., 2002), investigó la eficacia de una terapia conductual breve con nueve sesiones, en pacientes con depresión en

un entorno de cuidados médicos. Se obtuvieron mejoras significativas pre-post tratamiento en medidas de depresión (HAD, BDI-II, CES-D), así como en la calidad de vida auto-informada y en el funcionamiento médico. En cambio, no se hallaron mejoras en síntomas de ansiedad. En la misma línea se hallan otros estudios de caso en relación a depresión con complicaciones adicionales (Hopko, Robertson y Lejuez, 2006; Lejuez, Hopko, Lepage, Hopko y Mcneil, 2001).

Un estudio más reciente (Hopko et al., 2008), probó la efectividad de una terapia cognitivo-conductual en pacientes adultos con depresión bajo tratamiento para el cáncer, poniendo el énfasis en el componente de activación conductual. Los resultados obtenidos mostraron ganancias significativas pre-post tratamiento en depresión, ansiedad, calidad de vida y aspectos médicos, que se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. Un estudio posterior, basándose en pacientes de estudios previos (Hopko et al., 2008; Hopko et al., 2006) constató como el 50% de los pacientes tratados con activación conductual y terapia cognitivo-conductual experimentaron ganancias examinó la frecuencia de las ganancias de la AC, y la relación de éstas con: a) variables clínicas y sociodemográficas, b) con los componentes de la intervención y, c) y con la repuesta y mantenimiento de las ganancias a los tres meses de seguimiento. Los resultados hallados indicaron que los pacientes con ganancias comparado con aquellos que no, tuvieron menos depresión (ADIS-IV), menos ansiedad somática (BAI) y poca co-existencia de trastornos de ansiedad. Además, mostraron mayor funcionamiento físico, menos dolor corporal, y pocos problemas con el trabajo y otras actividades diarias. De forma similar, otro estudio encuentra que la BATD se mostró adecuada para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama diagnosticadas de depresión mayor, ganancias que se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento (Hopko et al., 2011). En este estudio, además se comparó la BATD con una intervención basada en la resolución de problemas, y aunque ambas mostraron efectos positivos, sin diferencias significativas entre grupos, las ganancias a largo plazo parecieron tener mayor peso en el grupo de BATD.

La evidencia empírica, por tanto, parece mostrar la eficacia de la AC para la depresión y además muestra que la AC es un tratamiento aceptable en términos coste-beneficio. La AC resulta más parsimoniosa que la TC y en relación con la medicación, parece, tener menos abandonos, alcanzando así a más clientes, además de lo relativo a recaídas y efectos secundarios.

La AC se ha mostrado igualmente eficaz en formatos breves, entre 6 y 10 sesiones, y parece apropiada su aplicación en grupos, de 6 a 10 participantes.

Por último señalar como su eficacia se ha visto en distintos ambientes, incluidos servicios públicos de salud mental y que estudios de casos señalan su posible adecuación a otros trastornos como, estrés postraumático (Mulick y Naugle, 2004; Mulick, Landes y Kanter, 2011), ansiedad (Hopko et al., 2004, Hopko et al., 2006) y personalidad límite (Hopko, Lejuez, LePage et al., 2003).

Por otro lado, parece importante tener en cuenta que la eficacia de una terapia para la depresión no sólo habría de medirse en relación a la reducción de síntomas sino también en relación a las mejoras personales alcanzadas (Pérez Álvarez, 2007).

### *Planteamiento de la investigación*

En base a todo lo anterior, y a la luz de estos resultados, se realiza la siguiente propuesta de intervención diseñada en el marco del análisis de conducta y tomando como referencia la Terapia de Activación Conductual.

La condición de la enfermedad oncológica y su repercusión en la vida del paciente y de los que le rodean, pueden conllevar la pérdida y abandono de actividades relevantes y responsabilidades de la vida (baja laboral, delegación de tareas, disminución de actividades de ocio, domésticas, etc.), con frecuencia, más allá de lo que sería justificable por los síntomas, efectos y dificultades derivados de la enfermedad y /o tratamiento. En consecuencia, se produce por parte del paciente toda una serie de estrategias de evitación, muchas veces facilitadas y/o mantenidas por su entorno (familiares y allegados, profesionales de la salud...) con la finalidad de que el paciente se “concentre” plenamente en su recuperación. El entorno termina por asumir sus tareas y responsabilidades, así como el mando en el proceso de toma de decisiones. Incluso, el paciente es instruido para que trate de deshacerse de preocupaciones y estados de ánimo o pensamientos negativos. Se produce así, una psicopatologización de la situación, según la cual el paciente se ve avocado a asumir el “rol de enfermo” y acaba por vivir con la enfermedad y para la enfermedad. A la larga, esto puede suponer una continua situación aversiva con distintas consecuencias negativas (sentimientos y pensamientos de culpa, inutilidad...), situación de la que el paciente ni puede escapar, ni puede controlar (Fernández, Villoria et al., 2011).

Si a los problemas propios de la enfermedad y tratamiento, se le une esta constante situación aversiva junto a la progresiva inhibición comportamental del paciente y la consiguiente pérdida de condiciones y situaciones gratificantes, se podría establecer la base para entender las distintas alteraciones emocionales presentes en el paciente oncológico, y en especial, el estado de ánimo depresivo, referido con tanta frecuencia en la literatura.

De este modo, partiendo del énfasis que desde la perspectiva contextual se pone en el contexto de la vida de cada sujeto y, sin presuponer la existencia de déficit de conducta, se sugiere que los pacientes oncológicos podrían beneficiarse de una intervención basada en la activación conductual para mejorar el afrontamiento a la enfermedad y prevenir alteraciones emocionales. Se trataría de lograr el compromiso del sujeto con el curso de su vida, involucrándose en aquellas actividades capaces de activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas (activación), logrando mantener y/o incrementar conductas saludables y

reduciendo y/o eliminando conductas de enfermedad. Además, se trataría de incrementar actividades gratificantes del sujeto, actividades propias de su repertorio con alta probabilidad de ser mantenidas por reforzadores naturales. Con todo ello, se buscaría la modificación del patrón de evitación experiencial, de manera que el paciente abandonara la lucha contra la enfermedad, aceptando los pensamientos y las emociones relativos a esta condición.

Con el objetivo de comprobar la idoneidad de esta terapia para el afrontamiento del cáncer y su repercusión en la calidad de vida en pacientes oncológicos, se pone en marcha este trabajo de investigación



# **PARTE EMPÍRICA**





## 5. OBJETIVOS

---

1. Analizar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual en pacientes oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia.
  - 1.1 Evaluar y comparar la evolución del estado físico de los pacientes asignados a un grupo de Activación Conductual en relación a un grupo control de evaluación de la calidad de vida.
  - 1.2 Evaluar y comparar la evolución del estado emocional de los pacientes asignados a un grupo de Activación Conductual en relación a un grupo control de evaluación de la calidad de vida.
  - 1.3 Evaluar y comparar la evolución de la funcionalidad en distintos ámbitos de la vida de los pacientes asignados a un grupo de Activación Conductual en relación a un grupo control de evaluación de la calidad de vida.
  - 1.4 Evaluar y comparar la evolución de la calidad de vida de los pacientes asignados a un grupo de Activación Conductual en relación a un grupo control de evaluación de la calidad de vida.
  
2. Analizar la eficacia diferencial de la Terapia de Activación Conductual con pacientes con cáncer de pulmón y cáncer de mama.
  
3. Valorar la adecuación y especificidad de la Terapia de Activación Conductual en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia.
  - 3.1 Valorar la adecuación de la Activación Conductual para el incremento de actividades relevantes (conductas del repertorio del sujeto con alta probabilidad de ser mantenidas por reforzadores naturales).
  - 3.2 Valorar la adecuación de la Activación Conductual para la eliminación de conductas de enfermedad aprendidas y la activación de los comportamientos saludables del paciente.
  - 3.3 Valorar la adecuación de la Activación Conductual para la modificación del patrón de evitación experiencial, (exposición y aceptación de emociones y pensamientos relativos a la condición de enfermo de cáncer).

## 6. VARIABLES

---

### 6.1 VARIABLES DE CONTROL

#### 6.1.1 Variables sociodemográficas:

**Edad.**

**Sexo:** hombre (1); mujer (2)

**Estado civil:** soltero (1); casado/en pareja (2); viudo (3); divorciado/separado (4).

**Número de familiares con quien vive el paciente.**

**Número de hijos.**

**Nivel de educación:** sin estudios (1); estudios primarios (2); estudios secundarios (3); estudios universitarios (4).

**Situación laboral:** paro (1); activo (2); baja (3); ama de casa (4); jubilado (5).

Estos datos son recogidas por el psicólogo en la primera sesión y registrados en protocolo *ad hoc*.

#### 6.1.2 Variables clínicas:

**Motivo de la consulta:** síntomas, revisión.

**Demora de la consulta médica:** nº de días.

**Demora derivación a oncología:** nº de días.

**Localización de tumor primario:** pulmón (1); mama (2)

**Tipo de tumor** (anexo II: tablas 2 y 4).

**Estadio** (anexo II: tablas 2 y 4).

**Tipo de tratamiento citostático** (anexo II: tablas 2 y 4).

**Tratamiento previo:** no (0); cirugía radical (1); cirugía conservadora (2); radioterapia (3) (anexo II: tablas 2 y 4).

**Consumo de psicofármacos:** no (0); sí (1) (anexo II: tablas 2 y 4)

**Prescripción psicofarmacológica:** autoprescripción, médico de familia, psiquiatra, otro especialista (anexo II: tablas 2 y 4).

Estas variables son recogidas por el psicólogo/oncólogo en la primera sesión y registradas en protocolo *ad hoc*, mediante la revisión de la historia clínica del paciente.

### **6.1.3. Variables sobre el conocimiento y recuerdo de la información sobre la enfermedad y los tratamientos oncológicos:**

**Recuerda el diagnóstico:** si /no

**Recuerda el pronóstico:** si /no

**Recuerda el tratamiento oncológico:** si/ no

**Recuerda pautas de administración de la quimioterapia:** si/ no

**Recuerda efectos secundarios de la quimioterapia:** si /no

**Recuerda la tarjeta de citas:** si /no

**Recuerda el lugar de tratamiento:** si /no

**Búsqueda de información:** si /no

**Información contradictoria encontrada:** si /no

La información sobre el conocimiento y recuerdo de la información sobre la enfermedad y los tratamientos oncológicos fue autorreferida por cada sujeto y registrada por el psicólogo en protocolo *ad hoc* en la primera sesión.

## **6.2 VARIABLES CRITERIO DE EFICACIA**

### **6.2.1. Síntomas percibidos por el paciente:**

**Náuseas**

**Vómitos**

**Pérdida de apetito.**

**Dificultades para dormir<sup>1</sup>.**

**Fatiga**

**Cansancio.**

**Dolor.**

Los síntomas fueron referidos por cada sujeto y registrados por el psicólogo en protocolo *ad hoc* a partir de la segunda sesión y en los seguimientos. Para cada uno de los síntomas se valoró:

a) en relación a la semana posterior de la administración de quimioterapia la intensidad del síntoma (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho).

b) en relación al periodo de tiempo comprendido entre ciclos de quimioterapia:

- frecuencia del síntoma (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre) .
- intensidad del síntoma (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho).

<sup>1</sup>No se registra intensidad.

**6.2.2 Variables emocionales y preocupaciones percibidas por el paciente:**

**Ansiedad**

**Depresión**

**Irritabilidad**

Las variables emocionales fueron referidas por cada sujeto y registradas por el psicólogo en protocolo *ad hoc* a partir de la segunda sesión y en los seguimientos. Para cada una de las emociones se valoró:

a) en relación a la semana previa a la administración de quimioterapia: la intensidad del síntoma (exclusivamente para ansiedad) (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho)

b) en relación a la semana posterior de la administración de quimioterapia: la intensidad del síntoma (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho)

b) en relación al periodo de tiempo comprendido entre ciclos de quimioterapia:

- frecuencia del síntoma (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre)

- intensidad del síntoma (0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho)

**Preocupación por el tratamiento oncológico**

**Preocupación por el futuro propio**

**Preocupación por el futuro de otros significativos**

**Preocupaciones económicas debidas a la enfermedad/ tratamiento oncológico**

Las preocupaciones fueron referidas por cada sujeto y registradas por el psicólogo en protocolo *ad hoc* desde la primera sesión y en los seguimientos. Para cada una de las emociones se valoró su presencia (si) o ausencia (no)

**6.2.3 Alteraciones percibidas en la rutina cotidiana:**

**Cuidados personales<sup>1</sup>**

**Actividad laboral**

**Actividad doméstica**

**Ocio**

**Relación familiar**

**Relación de pareja<sup>1</sup>**

**Relación sexual<sup>1</sup>**

**Relación con amigos<sup>1</sup>**

Las alteraciones en las rutinas fueron referidas por cada sujeto y recogidas por el psicólogo en protocolo *ad hoc* en la entrevista previa a la administración de cada ciclo de quimioterapia y en los seguimientos. Se registraron en un rango de 0-3 (0 = sin actividad; 1 = no mantiene; 2 = debilita; 3 = mantiene)

<sup>1</sup>registrado a partir de la segunda sesión.

#### **6.2.4 Valoraciones globales de calidad de vida realizadas por el paciente:**

##### **Estado general (EG)**

##### **Estado de salud (SP)**

Estimadas por el sujeto y recogidas por el psicólogo en protocolo *ad hoc* desde la primera sesión y en los seguimientos. Se registraron en un rango de rango 0 (-) - 10 (+).

#### **6.2.5 Valoraciones globales realizadas por el médico:**

##### **Calidad de vida del paciente (CV).**

Valorada en la primera visita, antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, y en el momento del último ciclo de quimioterapia. Se valoró en un rango de 0 (-) - 10 (+).

##### **Índice de Karnofsky (IK):** rango 0 (-) - 100 (+).

Valorado en la primera visita y en todas las consultas correspondientes a la administración de la quimioterapia y seguimientos. Se valoró en un rango de 0 (-) - 100 (+).

#### **6.2.6 Cuestionarios estandarizados:**

**Subescala de ansiedad (HAD-A) de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS):**  
rango 0-14

**Subescala de depresión (HAD-D) de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS):**  
rango 0-14

El HADS fue cumplimentado por el paciente en todas las sesiones de tratamiento y seguimientos.

**Subescala de Estatus Global de Salud (QoL) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento Físico (PF) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento Emocional (EF) del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento Cognitivo (CF) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento de Rol (RF) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento Social (SF) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Náuseas/ Vómitos (NV) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Pérdida de Apetito (AP) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Estreñimiento (CO) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Diarrea (DI) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dificultad para Dormir (SL) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dolor (PA) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Cansancio (FA) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Disnea (DY) del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dolor en el Pecho del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dolor en el Brazo/hombro del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dolor en otras partes del cuerpo del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).



**Subescala de Boca Seca del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Dificultad para tragar del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Hemoptosis del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Tos del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Disnea del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Neuropatía Periférica del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Alopecia del Módulo de Cáncer de Pulmón (QLQ-LC13):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Imagen Corporal del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Perspectiva Futura del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Funcionamiento Sexual del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Satisfacción Sexual del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango 0 (-) -100 (+).

**Subescala de Efectos del Tratamiento del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Pérdida de Pelo del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Síntomas de la Mama del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango de 0 (+) - 100 (-).

**Subescala de Síntomas del Brazo del Módulo de Cáncer de Mama (QLQ-BR23):** rango de 0 (+) - 100 (-).

El cuestionario QLQ-C30 y sus módulos correspondientes fueron cumplimentados por el paciente partir de la segunda sesión y en los seguimientos.

### **6.3 VARIABLES CRITERIO DE ESPECIFICIDAD DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL**

Actividades relevantes:

**Cuidados personales** (valorados a partir de la segunda sesión)

**Actividad laboral**

**Actividad doméstica**

**Ocio**

**Relación familiar**

**Relación de pareja** (valorada a partir de la segunda sesión)

**Relación sexual** (valorada a partir de la segunda sesión)

**Relación con amigos** (valorada a partir de la segunda sesión)

**Actividades Gratificantes**

Las alteraciones en las rutinas fueron referidas por cada sujeto y recogidas por el psicólogo en protocolo *ad hoc* en la entrevista previa a la administración de cada ciclo de quimioterapia y en los seguimientos. Se registraron en un rango de 0-5 (0 = sin actividad; 1 = no mantiene; 2 = debilita; 3 = recupera; 4 = mantiene; 5 = incrementa)

**Reconocimiento del paciente de las contingencias que facilitan y/o debilitan cada una de las actividades relevantes:** si/no

Se valoraron a partir de la segunda sesión y en los seguimientos.

**Conductas de enfermedad**

**Patrones de evitación de actividades relevantes y gratificantes de la vida del paciente**

**Pensamientos y emociones de evitación en relación a la enfermedad y/o tratamiento.**

Para las tres condiciones anteriores, mediante entrevista, registros y autoobservación del paciente de la conducta en sus contextos se valora, presencia/ ausencia y reconocimiento del paciente (si/no). La presencia/ausencia se registra en todas las sesiones de tratamiento y en los seguimientos y, el reconocimiento del paciente, a partir de la segunda sesión y en los seguimientos.

### **6.4 VARIABLE INDEPENDIENTE**

**Intervención en Activación Conductual**

## 7. MÉTODO

---

### 7.1 PARTICIPANTES

La muestra de pacientes está compuesta por 158 pacientes oncológicos, 68 con cáncer de mama y 90 con cáncer de pulmón.

Se seleccionaron de forma consecutiva todos los pacientes con cáncer de mama y pulmón que acudieron por primera vez a la Sección de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes de Gijón (SESPA, Asturias) 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). Los pacientes que, una vez informados de los objetivos y procedimiento del estudio, dieron su consentimiento, se asignaron de forma aleatoria a los grupos control (GC) y experimental (GE).

Al efecto de garantizar la representatividad clínica y sociodemográfica de la muestra de pacientes, el tamaño de ésta se estimó sobre la base de la expectativa, basada en estudios previos (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Fernández, Villoria et al., 2011; Fernández, Padierna et al., 2011; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004; Villoria et al., 2008).

Se expone en las tablas 7.1 y 7.3 el tamaño de los grupos de los pacientes de cáncer de pulmón y cáncer de mama, en cada momento de medida. En algunas ocasiones y para algunos pacientes, no se dispone de información de todas las variables analizadas, bien porque el paciente no ha proporcionado la información, bien, porque las condiciones valoradas no afectan al sujeto en ese momento de medida.

Se observa que a lo largo del tratamiento y los seguimientos se produce una pérdida importante de pacientes. Las tablas 7.2 y 7.4 ilustran el motivo de la pérdida del paciente y el momento en que se produce la misma. Así, la pérdida puede ser por abandono voluntario, fallecimiento (exitus) o deterioro físico ocasionado por el avance de la enfermedad y/o tratamiento oncológico, con la imposibilidad de continuar en el protocolo de intervención psicológica.

Método

Tabla 7.1 Tamaño de los grupos (GC/GE) de los pacientes de cáncer de pulmón en cada momento de medida.

	Momentos de medida								
	1º	2º	3º	Fin	S1	S2	S3	S4	S5
GC	40	24	13	9	9	4	2	–	–
GE	50	29	19	14	10	7	4	3	1

Tabla 7.2 Causa y momento de abandono de los pacientes con cáncer de Pulmón de ambos grupos, Experimental y Control

	Causa		Momento			
		n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>		n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
GC	No dato	6	15,0	Entre 1º y 2º ciclo	16	40,0
	Abandono	14	35,0	Entre 2º y 3º ciclo	12	30,0
	Deterioro físico/ingreso	7	17,5	Entre 3º y último ciclo	2	5,0
	Exitus	13	32,5	Entre último ciclo y 1º seguimiento	1	2,5
				Entre 1º y 2º seguimiento	5	12,5
				Entre 2º y 3º seguimiento	2	5,0
	Total	40	100,0	Después del 3º seguimiento	2	5,0
GE	No dato	1	2,1	Entre 1º y 2º ciclo	21	44,7
	Abandono	22	46,8	Entre 2º y 3º ciclo	9	19,1
	Deterioro físico/ingreso	14	29,8	Entre 3º y último ciclo	5	10,6
	Exitus	10	21,3	Entre último ciclo y 1º seguimiento	5	10,6
				Entre 1º y 2º seguimiento	5	10,6
				Entre 2º y 3º seguimiento	1	2,1
				Después del 3º seguimiento	1	2,1
	Total	47	100,0	Total	47	100,0

Legenda: n<sub>i</sub>= frecuencia; p<sub>i</sub>= porcentaje

Tabla 7.3 Tamaño de los grupos (GC/GE) de los pacientes de cáncer de mama en cada momento de medida.

	Momentos de medida												
	1º	2º	3º	4º	5º	Fin	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
GC	35	31	26	23	22	22	20	20	16	10	8	7	4
GE	33	26	23	23	20	19	19	18	13	9	8	2	1

Tabla 7.4 Causa y momento de abandono de los pacientes con cáncer de Mama de ambos grupos, Experimental y Control

Causa			Momento				
	$n_i$	$p_i$			$n_i$	$p_i$	
GC	No dato	4	20,0	Entre 1º y 2º ciclo		4	20,0
	Abandono	13	65,0	Entre 2º y 3º ciclo		6	30,0
	Deterioro físico/ingreso	3	15,0	Entre 3º y 4º ciclo		2	10,0
	Exitus	-	-	Entre 4 y 5 ciclo		1	5,0
				Entre 5º y último ciclo			
				Entre último ciclo y 1º seguimiento		1	5,0
				Entre 1º y 2º seguimiento		1	5,0
				Entre 2º y 3º seguimiento		3	15,0
				Después del 3º seguimiento		2	10,0
	Total	20	100,0	Total		20	100,0
GE	No dato	3	16,7	Entre 1º y 2º ciclo		6	33,3
	Abandono	15	83,3	Entre 2º y 3º ciclo		3	16,7
	Deterioro físico/ingreso	-	-	Entre 3º y 4º ciclo		2	11,1
	Exitus	-	-	Entre 4 y 5 ciclo		2	11,1
				Entre 5º y último ciclo		1	5,6
				Entre último ciclo y 1º seguimiento		1	5,6
				Entre 1º y 2º seguimiento		1	5,6
				Entre 2º y 3º seguimiento		2	11,1
				Después del 3º seguimiento		-	-
	Total	18	100,0	Total		18	100,0

Leyenda:  $n_i$ = frecuencia;  $p_i$ = porcentaje

En el estudio participaron tres oncólogos cada uno de los cuales atendió siempre a los mismos pacientes. La asignación paciente-oncólogo se realizó siempre en función de las peculiaridades asistenciales del Servicio de Oncología. Participaron en la recogida de información clínica y valoración de la calidad de vida del paciente y, fueron ciegos a la asignación experimental del paciente.

Dos psicólogas fueron encargadas del diseño y desarrollo del estudio. Una de ellas se ocupó de la aplicación de la intervención psicológica. La otra psicóloga fue responsable de la supervisión de la aplicación y control del procedimiento y, de la revisión de la intervención psicológica en el GE.

## 7.2 INSTRUMENTOS

- **Protocolo (*ad hoc*) (ANEXO I):** en él se recogen los datos sociodemográficos y los datos sobre la enfermedad y el tratamiento y el Índice de Karnofsky.
- **Escala de Karnofsky (KPS; Karnofsky, Abelman, Craver y Burchenal, 1948).** Se desarrolló inicialmente para la evaluación de la capacidad del paciente para realizar su actividad diaria con normalidad o el grado de dependencia de ayuda y de cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de pulmón (Karnofsky, Abelman, Craver y Burchenal, 1948) en tratamiento paliativo. Actualmente, se aplica como parte de la valoración rutinaria de los pacientes oncológicos. Refleja el grado de autonomía del paciente en una escala de 0 a 100 (0 = fallecimiento; 100 = desarrollo normal).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, se han visto algunas discrepancias en relación a la fiabilidad de la escala. Así, mientras el trabajo de Mor, Laliberte, Morris y Wiemann (1984) señala altos niveles de fiabilidad interjueces, alcanzándose un coeficiente de correlación alpha de 0,97 entre los 47 investigadores participantes del mismo, otros trabajos indican valores bajos. Mercier, Schraub Bransfield y Fournier (1992), hallaron un 25% de acuerdo entre pares de observadores y Hutchinson, Boyd y Feinstein (1979) un 29-43% de fiabilidad con el coeficiente Kappa de Cohen (citados en Martín, Sánchez y Sierra, 2005).

Con respecto a la validez de constructo y validez concurrente, Mor et al. (1984) hallaron una fuerte relación entre variables funcionales adaptadas del Katz ADL Index (variables objetivas y cuantificables) y el KPS, lo que sugeriría que aunque el KPS es una medida subjetiva, se basa en factores objetivos. Por otro lado, el KPS se mostró fuertemente relacionado con un ítem individual de calidad de vida físico indicando la consistencia con la que puede ser medido el constructo de performance status. La validez de este constructo, además, sugiere que el KPS es una medida fiable del funcionamiento. En el mismo trabajo, los autores señalan la validez predictiva de la escala cuando fue aplicada a una muestra de pacientes de cáncer terminales. Asimismo, Sorensen, Klee, Palshof y Hansen (1993), han confirmado la adecuada fiabilidad interjueces, validez de constructo y validez predictiva de la escala. Además, Yates, Chalmer y McKegey (1980) señalan que, resulta un indicador válido

del estado físico general, y correlaciona significativamente con diversas variables físicas y psicológicas.

· **Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD, Zigmond y Snaith, 1983)** (ANEXO I).- Esta escala trata de evaluar el estado emocional de los sujetos que son atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Los síntomas físicos quedan excluidos con el objetivo de evitar posibles falsos positivos, también son excluidos síntomas asociados a trastornos mentales severos. Es una escala formada por 14 ítems que se dividen en dos subescalas, ansiedad y depresión, cada una formada por 7 ítems. En cuanto al contenido de los ítems, hace referencia a percepciones subjetivas de aspectos psicológicos asociados a los trastornos depresivos y ansiosos. Los ítems se valoran mediante una escala tipo Likert, recogiendo la intensidad del malestar percibido por el paciente.

Las puntuaciones son valoradas en función de los criterios propuestos por Zigmond y Snaith (1983): puntuación de 0 a 7, ausente de síntomas; puntuación de 8 a 10, caso dudoso; y puntuación de 11 a 21, presenta síntomas de depresión y/o ansiedad.

Las propiedades psicométricas de esta escala parecen ser adecuadas. En un trabajo de Herrmann (1996), en el que revisa aproximadamente 200 estudios, se concluye que el HAD resulta un instrumento fiable y válido para evaluar ansiedad y depresión en pacientes médicos, mostrando una fiabilidad, valorada mediante el coeficiente alpha de Cronbach, de 0,80 para cada una de las subescalas y una validez de 0,70. Sin embargo, existen algunas discrepancias respecto a los puntos de corte para considerar casos de ansiedad y depresión (López-Roig et al., 2000) y también sobre la independencia de las dos subescalas que lo componen.

· **Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993)** (ANEXO I). Se trata de un cuestionario para la evaluación de la calidad de vida de distintas poblaciones oncológicas, que se complementa con módulos específicos de distintos tumores. Existen dos generaciones del cuestionario. La primera generación (QLQ-C36) constaba de 36 ítems, organizados en cuatro escalas funcionales, dos escalas de síntomas, y una escala global de salud/calidad de vida. Además presentaba ítems adicionales que evaluaban síntomas comunes y el impacto financiero. En el estudio de validación (Aaronson, Bullinger y Ahmezda, 1988) se usó una muestra de pacientes con cáncer de pulmón, que procedían de 15 países (mayoritariamente, Europa, Australia, Canadá y Japón). Los resultados fueron aceptables pero indicaban la necesidad de mejorar algunas escalas. La segunda generación, consta de tres versiones del cuestionario. El cuestionario general está compuesto por 30 ítems que conforman: cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, y náuseas/vómitos), una escala global de salud/calidad de vida e ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero causado por la enfermedad. La mayoría de las preguntas presentan un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1 = en absoluto; 2 = un poco; 3 = bastante; 4 = mucho), a excepción de la subescala de estatus global que tiene siete (1= pésima; 7 = excelente) y la subescala de funcionamiento físico que tiene dos (1 = no; 2 = si). Las respuestas a los ítems de las escalas se refieren a la "semana pasada", excepto la escala física del paciente que hace referencia al presente.

La puntuación para cada escala e ítems individuales es de 0 a 100. En las escalas funcionales y la global una puntuación más alta indica mejor funcionamiento, y para las escalas de síntomas y de ítems individuales, una puntuación más baja indica una menor sintomatología.

Se trata de un cuestionario relativamente breve y bien aceptado. Sus valores de referencia provienen de diferentes ensayos clínicos y estudios epidemiológicos de todo el mundo, así como de estudios sobre la población general. Los datos recogidos se corresponden, en general, al pre-tratamiento, excluyéndose pacientes en tratamiento o ya tratados. Se presentan datos para todos los pacientes con cáncer, por localización tumoral, por subgrupos de edad, estadios y sexo, y para la población general. Por todo ello, ofrece una base para poder comparar datos entre lenguas, culturas y distintas localizaciones de la enfermedad.

El cuestionario ha sido traducido a más de ochenta idiomas y es empleado en más de doscientos estudios en todo el mundo así como en múltiples ensayos clínicos (Arrarás et al., 1998; Arrarás et al., 2011; Bjordal y Kaasa, 1992; Bjordal, Kaasa y Masterkaasa, 1994; Fossa et al., 1990; Hürny et al., 1992; Wolf et al., 1991)

Distintos trabajos han mostrado que posee buena consistencia interna, con valores de 0,8-0,94 en la subescala de estatus global de calidad de vida, 0,8-0,91 en fatiga, 0,73-0,85 en la subescala de funcionamiento emocional; 0,7-0,86 en dolor (Bjordal y Kaasa, 1992; Bjordal et al., 1994; Rindgal y Rindgal, 1993). Según, Aaronson et al (1993) y Osoba et al., (1994) todas las subescalas presentaron una adecuada consistencia interna excepto la subescala de rol y la de funcionamiento cognitivo. La consistencia interna de la subescala de rol fue mejorada gracias a posteriores modificaciones aumentando de 0,59-0,67 (cohorte canadiense) y 0,26-0,35 (cohorte danesa) a 0,78-0,88 en ambas cohortes tras la modificación (Osoba, Aaronson, Zee, Sprangers y te Velde, 1997). En cuanto a la fiabilidad test-retest, los estudios indican su incremento a medida que se repiten las medidas a lo largo del tratamiento (Aaronson et al, 1993; Bloeché, Izbicki, Knoefel, Kuechler y Broelsch, 1995; Ringdal y Ringdal, 1993).

Con respecto a la validez de contenido se hallaron correlaciones significativas entre las distintas subescalas, por lo que las escalas parecen evaluar distintos componentes del concepto de calidad de vida (Arrarás, Illarramendi y Valerdi, 1993). El acuerdo entre las interpretaciones de las preguntas de pacientes e investigadores ha sido alto (Groenvold, Klee, Sprengers y Aaronson, 1997). Los resultados del trabajo de McLachlan, Devins y Goodwin (1998), apoyan la validez convergente y discriminante de las subescalas psicosociales del QLQ-C30.

En cuanto a los módulos específicos, cada módulo supone un conjunto de ítems que evalúan áreas que no se cubren o no lo suficiente por el cuestionario general y que están relacionadas con la población objetivo. Estos ítems se refieren a: a) síntomas de la enfermedad relacionada con la localización del tumor; b) efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el tratamiento; c) dimensiones de calidad de vida adicionales como sexualidad, imagen corporal o miedo a la recaída. El formato y estructura de las preguntas así como la puntuación de las escalas es similar al cuestionario general.



El módulo de cáncer de mama (QLQ BR-23; Sprangers et al., 1996), consta de 23 ítems. Contiene cuatro escalas funcionales que evalúan imagen corporal, funcionamiento sexual y perspectiva futura, y cuatro escalas/ítems de síntomas que evalúan los síntomas de la enfermedad y los efectos del tratamiento. Ha sido validado en España, presentando niveles adecuados de fiabilidad y validez.

El módulo de cáncer de pulmón (QLQ-LC13; Bergman, Aaronson, Ahmezdai, Kaasa y Sullivan, 1994) consta de 13 ítems. Está formado por una escala de síntomas e ítems individuales que evalúan síntomas (disnea, dolor, hemoptosis, tos), efectos del tratamiento, tanto de quimioterapia como de radioterapia (pérdida de pelo, neuropatía, dolor en la boca y disfagia) y medicación para el dolor. Los estudios de validación han mostrado buenos niveles de fiabilidad y validez.

· **Escala de calidad de vida valorada por el médico** (ANEXO I). Escala analógica que puntúa de 0 (-) a 10 (+) la calidad de vida global del paciente según la apreciación del médico (Padierna, 2003).

· **Entrevista semiestructurada (*ad hoc*)** (ANEXO I): GC: Modelo A<sub>C</sub> y B<sub>C</sub>; GE: Modelo A<sub>E</sub> y B<sub>E</sub>): entrevistas diseñada *ad hoc*, para la evaluación de los distintos ámbitos definitorios de la calidad de vida (físicos, psicológicos y sociales), el afrontamiento del paciente en los distintos momentos del proceso de la enfermedad, el conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento y recuerdo de la información recibida (Modelo A<sub>C</sub> y A<sub>E</sub>) y el estado general (cómo se encuentra, valoración general de la afectación de su vida por su actual estado de salud, y percepción del estado de salud).

a) Condiciones evaluadas en el GC y GE:

- síntomas en relación a la enfermedad y tratamiento de quimioterapia, así como, la repercusión de la enfermedad y/o tratamiento oncológico en el estado emocional y en los distintos ámbitos de la vida del paciente.

Los síntomas registrados son: náuseas, vómitos, pérdida de apetito, dificultades para dormir, fatiga, cansancio y dolor. Para cada uno de ellos se describe intensidad y frecuencia, en relación a diferentes momentos del tratamiento de quimioterapia (previos a la administración de un nuevo ciclo de quimioterapia, posteriores a la administración del ciclo de quimioterapia y entre sesiones de quimioterapia) y en los seguimientos

Los aspectos emocionales registrados son: ansiedad, depresión e irritabilidad. Para cada uno de ellos se describe intensidad y frecuencia, en relación a diferentes momentos del tratamiento de quimioterapia (previos a la administración de un nuevo ciclo de quimioterapia, posteriores a la administración del ciclo de quimioterapia y entre sesiones de quimioterapia) y en los seguimientos.

Los ámbitos de la vida cotidiana explorados son: actividad laboral, cuidados personales, actividades domésticas, actividades de ocio, relaciones familiares, relaciones de pareja, relaciones sexuales, relaciones de amistad. Para cada uno de ellos se recoge el grado de mantenimiento previo a cada entrevista, a lo largo de todo el tratamiento y en los seguimientos.

- preocupaciones del paciente relación a la enfermedad y tratamiento oncológico, por el propio futuro, por el futuro de otros significativos y preocupaciones económicas. Se registran en cada entrevista a lo largo del tratamiento de quimioterapia y en los seguimientos.

b) Condiciones evaluadas específicas para el GE:

- Contingencias que facilitan y/o debilitan cada una de las actividades relevantes de la vida del paciente. Se evalúan a partir de la segunda sesión, en todas las sesiones de tratamiento y en los seguimientos.

- Conductas de enfermedad. Se evalúan en todas las sesiones de tratamiento y en los seguimientos.

- Patrones de evitación de actividades relevantes y gratificantes de la vida del paciente. Se evalúan en todas las sesiones de tratamiento y en los seguimientos.

- Pensamientos y emociones de evitación en relación a la enfermedad y/o tratamiento. Se evalúan en todas las sesiones de tratamiento y en los seguimientos.

· **Autorregistros:** diseñados para recoger la información de las condiciones evaluadas específicamente en el Grupo Experimental. Fueron adaptados a las peculiaridades de cada caso y momento de evaluación e intervención.

· **Contrato de contingencias:** diseñados en función de objetivos concretos del caso del Grupo Experimental y adaptados a las necesidades del momento evaluación e intervención.

### **7.3 PROCEDIMIENTO**

Los participantes pertenecen a dos muestras oncológicas diferentes, pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón de la población oncológica de Asturias (Area V). Se llevó a cabo la selección consecutiva con consentimiento informado de los pacientes con cáncer de mama y pulmón que acudieron por primera vez a la Sección de Oncología, independientemente del estadio de la enfermedad y cuando el tratamiento oncológico a seguir fue quimioterapia. Se asignaron aleatoriamente a dos grupos: grupo control y grupo experimental.

La evaluación e intervención, en ambos grupos, se organizó en sesiones individuales, de una duración aproximada de 45 minutos, coincidiendo con el día de administración de cada ciclo de quimioterapia. En los pacientes con cáncer de pulmón constó de cuatro sesiones, puesto que sus tratamientos se pautan en 4 ciclos de quimioterapia. En las pacientes con cáncer de mama constó de seis sesiones debido a que sus tratamientos se pautan en seis ciclos de quimioterapia. La decisión de integrar la evaluación e intervención en la rutina del tratamiento de quimioterapia se tomó para provocar la menor interferencia en la vida cotidiana del paciente, disponer del tiempo necesario para llevar a cabo las sesiones y, tal como indican estudios previos (Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004) ajustarse a los momentos caracterizados por dificultades específicas en relación al tratamiento.

Además, se llevaron a cabo sesiones individuales de seguimiento a los tres, seis meses de la administración del último ciclo de quimioterapia. A partir de ese momento se continuó con seguimientos semestrales. Los seguimientos fueron realizados de forma presencial y cuando esto no fue posible se llevaron a cabo de modo telefónico.

### **Desarrollo de las sesiones:**

En la primera consulta con el oncólogo, éste recoge en la historia clínica la información pertinente sobre la enfermedad, historia previa del paciente y realiza la valoración de su calidad de vida. Además, le expone los aspectos relacionados con la enfermedad y/o tratamiento (diagnóstico, pronóstico, tipo de tratamiento, efectos secundarios, etc.). En caso de aceptar dicho tratamiento se le cita para la administración del primer ciclo de quimioterapia. Ese día, el paciente acude a la consulta del oncólogo que, tras comprobar su estado mediante las pruebas clínicas oportunas, le prescribe el tratamiento de quimioterapia. Al finalizar la consulta, el médico deriva al paciente, previo consentimiento del mismo, al psicólogo. Una vez en el despacho con el psicólogo, éste expone de forma detallada los objetivos del estudio y le pide su consentimiento para participar. Si acepta, se inicia la primera sesión, cuyo desarrollo y contenido está en función de que éste sea asignado al grupo control o al grupo experimental, según una tabla de números aleatorios.

#### **1. Grupo Control**

Todas las sesiones, en este grupo, se centran en la evaluación de la calidad de vida y los efectos psico-sociales de la enfermedad y el tratamiento. Durante la entrevista, el paciente describe su situación personal en cada uno de los ámbitos examinados. En ningún momento la psicóloga proporciona atención diferencial a las competencias/déficit de los sujetos en relación al afrontamiento de su situación actual, ni instrucciones o entrenamiento en relación a ningún procedimiento psicológico. Las dudas en relación a la enfermedad o tratamiento siempre fueron resueltas por el oncólogo. No obstante, puesto que la sesión puede suponer para el paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones y emociones a una audiencia especializada, se entiende que puede tener un valor terapéutico, aunque inespecífico.

Se describe a continuación el contenido detallado de cada sesión:

- **1º sesión (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)**

Una vez explicados los objetivos del estudio y obtenido el consentimiento del paciente para participar en el mismo, la psicóloga completa los datos sociodemográficos y realiza la primera entrevista semiestructurada (modelo A<sub>C</sub>, Anexo I). En ella se recoge:

a) información relativa la repercusión de la enfermedad y/o tratamiento previo en su vida cotidiana.

b) valoraciones del paciente sobre su estado general y estado de salud.

c) recuerdo del paciente sobre la información proporcionada por el médico y conocimiento en relación a la enfermedad y/o tratamientos.

Antes de finalizar la sesión el paciente cumplimenta y entrega la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

A continuación, el paciente acude al hospital de día donde le será administrado, por el personal de enfermería, el primer ciclo de quimioterapia.

- **2º sesión (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)**

Transcurrido el periodo tras la administración del primer ciclo de quimioterapia, el paciente acude a la consulta del oncólogo para la administración del siguiente ciclo. Una vez finalizada la consulta con el oncólogo y prescrito el segundo ciclo de quimioterapia, el paciente pasa al despacho de la psicóloga. La psicóloga realiza la entrevista semiestructurada diseñada para este momento (Modelo B<sub>C</sub>, Anexo I). En esta ocasión, la entrevista se centra en la repercusión de la enfermedad y/o tratamiento en relación a:

a) síntomas experimentados y estado emocional (frecuencia e intensidad), en la semana previa y posterior a administración del ciclo de quimioterapia y el periodo transcurrido entre ciclos de quimioterapia.

b) rutinas de la vida cotidiana.

c) preocupaciones relacionadas con la enfermedad y/o tratamiento.

Además, se recogen las valoraciones del paciente sobre su estado general y estado de salud, así como el IK valorado por el médico durante la consulta.

Antes de finalizar la sesión el paciente cumplimenta y entrega la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) y su módulo correspondiente, en función de que sea un paciente con cáncer de mama o de pulmón (BR-23 o LC13, respectivamente).

Finalizada la sesión el paciente acude al hospital de día donde le será administrado, por el personal de enfermería, el segundo ciclo de quimioterapia.

- **3º sesión (previa la administración del tercer ciclo de quimioterapia)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **4º sesión (previa a la administración del cuarto ciclo de quimioterapia) (sólo pacientes con cáncer de mama)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **5º sesión (previa a la administración del quinto ciclo de quimioterapia) (sólo pacientes con cáncer de mama).**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **6º sesión para los pacientes de cáncer de mama o 4º para los pacientes con cáncer de pulmón (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión. En esta sesión, además el oncólogo registra la Calidad de Vida del paciente, tal como hizo en la primera sesión.

- **Seguimientos**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

## 2. Grupo Experimental

Se optó por un protocolo de intervención de diseño N=1, con el objetivo de implementar una intervención más flexible y adaptada a las necesidades de cada caso particular. Así, partiendo de la importancia de tener en cuenta al sujeto y su contexto, se propone una explicación contextual-funcional de los problemas del paciente oncológico y se plantea una alternativa contextual de intervención, basada en la Terapia de Activación Conductual. Se persigue que la persona pueda aprender a observar su conducta, identificar las condiciones que la hacen más o menos probable y, mediante un compromiso activo, lograr mantener las actividades relevantes y gratificantes de su vida. De este modo, en la medida que el paciente pueda mantener su vida, sería esperable una menor repercusión en su estado emocional.

Se describe a continuación detalladamente el contenido de cada sesión. Las sesiones aunque se guiaron por este protocolo de intervención, fueron ajustadas siempre a las condiciones, objetivos y necesidades de cada caso particular.

- **1º sesión (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)**

Una vez explicados los objetivos del estudio y obtenido el consentimiento del paciente, el psicólogo completa los datos sociodemográficos y realiza la primera entrevista clínica (Modelo A<sub>E</sub>; Anexo I). Se lleva a cabo el análisis contextual de los comportamientos del paciente en relación a las siguientes condiciones (Figura 7.1):

a) Síntomas y limitaciones (físicas, recursos sociales y económicos) ocasionados por la enfermedad y tratamiento oncológico previo. Se trata de conocer hasta qué punto los síntomas impiden o dificultan el mantenimiento de actividad del paciente.

b) Emociones y pensamientos ante el diagnóstico de la enfermedad y el plan terapéutico.

c) Rutinas cotidianas previas al diagnóstico de la enfermedad y actuales. Se trata de conocer si el paciente mantiene o no el nivel de actividad diaria.

Se pretende identificar los problemas que el paciente pueda presentar, y que estén ocasionando discomfort emocional. Además, se persigue evaluar los repertorios de conducta saludables de cada paciente y las fuentes de reforzamiento de las que dispone. Así como, fomentar las conductas reforzadas naturalmente e incrementar la sensibilidad del sujeto a las contingencias ambientales.

Además, se recoge la información, al igual que en el Grupo Control, relativa al recuerdo y conocimiento del paciente sobre la información proporcionada por el médico u otra información relativa a la enfermedad y/o tratamientos. En este grupo, se persigue repasar con el paciente la información proporcionada por el médico sobre las condiciones de la administración del tratamiento y síntomas asociados, con el objetivo de conocer la información que el paciente recuerda, aclarar posibles dudas e identificar los posibles problemas que puedan surgir. Ante la posibilidad de que estos efectos se presenten, se le pide al paciente que trate de identificar las posibles soluciones con el objetivo de conocer qué conductas existen ya en su repertorio y si es el caso, indagar en las posibles alternativas, comprobando que el paciente y allegados no sólo sepan qué hacer y cómo, sino que también, sepan reconocer en qué situaciones pueden ser exitosas, de forma que se hagan más probables en el futuro. Se trata de movilizar los recursos del paciente, de buscar o provocar un cambio de contingencias en el entorno si es posible y también, de utilizar el contexto terapéutico para enseñar al paciente a describir funcionalmente la conducta, para que el paciente llegue a reconocer las contingencias contextuales que fortalecen o debilitan las conductas, para que se pongan en marcha o se “activen” esos comportamientos a pesar de la enfermedad o el estado del paciente.

A continuación y, en función de las peculiaridades del caso se establecen tareas para casa. Se propone al paciente realizar un registro de sus actividades cotidianas y las limitaciones

encontradas para su realización, y un diario de sus emociones y pensamientos. Para ello, se entrena al paciente durante la recogida y análisis de información en la sesión terapéutica, en cómo observar y registrar las conductas (de interés) en los contextos que facilitan o inhiben su probabilidad y los intentos de control de las mismas.

Antes de finalizar la consulta, se registran las valoraciones del paciente sobre su estado general y de salud. Además se le entrega al paciente la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), ambas son cumplimentadas y entregadas. Finalizada la sesión el paciente acude al hospital de día donde le será administrado, por el personal de enfermería el primer ciclo de quimioterapia.

- **2º sesión (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)**

Transcurrido el periodo tras la administración del primer ciclo de quimioterapia el paciente acude a la consulta del oncólogo para la administración del siguiente ciclo. Una vez finalizada la consulta con el oncólogo y prescrito el segundo ciclo de quimioterapia, el paciente pasa al despacho de la psicóloga. En este momento, la psicóloga recoge los registros del paciente y los examina, a solas, antes de iniciar la sesión terapéutica. Una vez analizados, y ya con el paciente, se revisan las tareas para casa y se inicia la entrevista clínica diseñada para este momento (Modelo B<sub>E</sub>; Anexo I). En esta ocasión la entrevista se centra nuevamente en el análisis funcional de los síntomas y limitaciones asociados a la enfermedad/tratamiento, rutinas cotidianas y emociones/pensamientos y preocupaciones relacionados con la enfermedad y/o tratamiento (ver Figura 7.1) relevantes para cada caso particular. Interesa conocer el nivel de funcionamiento específico del paciente, sus alteraciones emocionales así como posibles conductas de enfermedad y/evitación que puedan estar presentes. Se trata de identificar sus problemas concretos y priorizar las metas que dentro del protocolo de intervención diseñado, responden a los objetivos del paciente, en función de su vida y su entorno. El terapeuta trata de que el paciente aprenda a observar su conducta en los contextos en los que ocurre y reconozca las contingencias (ambientales y privadas- pensamientos/emociones) que las fortalecen y/o debilitan. Se pretende fomentar conductas saludables reforzadas naturalmente, y si es el caso, eliminar conductas de enfermedad presentes y modificar el patrón de evitación experiencial.

Antes de finalizar cada sesión la psicóloga entrega al paciente la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) y su módulo correspondiente, en función de que sea un paciente con cáncer de mama o de pulmón (BR-23 o LC13, respectivamente). El paciente los cumplimenta y entrega.

Finalizada la sesión el paciente acude al hospital de día donde le será administrado, por el personal de enfermería el segundo ciclo de quimioterapia.

- **3º sesión (previa la administración del tercer ciclo de quimioterapia)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **4º sesión (previa a la administración del cuarto ciclo de quimioterapia) (Sólo pacientes con cáncer de mama)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **5º sesión (previa a la administración del quinto ciclo de quimioterapia) (Sólo pacientes con cáncer de mama).**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

- **6º sesión para los pacientes de cáncer de mama o 4º para los pacientes con cáncer de pulmón (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión. En esta sesión, además el oncólogo registra la Calidad de Vida del paciente, tal como hizo en la primera sesión.

- **Seguimientos**

Se mantienen los objetivos de la 2º sesión.

En la Figura 7.1 se recogen los objetivos de la intervención y la secuencia de tareas diseñadas para la aplicación de la Terapia de Activación Conductual. Evidentemente, y conforme a las especificaciones de las mismas, este protocolo experimental se ajusta a las condiciones de cada paciente.

Para el desarrollo e implementación del protocolo de intervención, además del análisis funcional de la conducta se emplearon diferentes técnicas. Éstas fueron seleccionadas en función de su adecuación para alcanzar los objetivos relevantes y específicos de cada sujeto y su entorno. Técnicas empleadas:

- Registros de actividad y diarios de pensamientos /emociones: con el objetivo de que la persona aprenda a identificar las condiciones de las que depende la conducta y pueda establecer la relación que existe entre lo que hace, lo que siente y lo que ocurre en su entorno.



### *Método*

- Elaboración de jerarquías de actividad: con el objetivo de identificar las actividades relevantes del paciente y programar su recuperación y/o mantenimiento.
  
- Asignación gradual de tareas: con el objetivo de facilitar su recuperación y/o mantenimiento. Además, se pretende que la realización de la actividad se ajuste a las claves contextuales que pueden llegar a controlar la conducta y asegurar que la conducta se realice con éxito para que se haga más probable.
  
- Manejo de contingencias: con el objetivo de que el paciente pueda aprender a identificar las condiciones de las que depende su conducta y lograr que ésta se haga más o menos probable en función de los objetivos de caso.
  
- Contratos de contingencias: con el objetivo de facilitar la recuperación/mantenimiento de conductas relevantes de la vida cotidiana y la eliminación de conductas no saludables, de enfermedad o evitación, poniendo la conducta final bajo el control de las claves del contexto familiar/ social y las contingencias que las hacen idóneas, garantizando su mantenimiento.
  
- Ensayo de conducta y modelado del terapeuta de estrategias de activación: con el objetivo de asegurar la congruencia entre el hacer y el decir y, facilitar la discriminación de las contingencias que controlan la conducta.
  
- Entrenamiento en habilidades sociales o de otro tipo: con el objetivo de resolver conflictos y facilitar la recuperación y/o mantenimiento de actividades relevantes y/o eliminar conductas no saludables, de enfermedad o evitación.
  
- Uso de metáforas, ejemplos y paradojas: con el objetivo de facilitar la aceptación de la situación de enfermedad y eliminar la evitación.
  
- Relajación.

- *Sesión 1: antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia.*

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.
  - b) Emociones y pensamientos ante el diagnóstico y plan terapéutico.
  - c) Rutinas cotidianas (conductas relevantes de la vida del paciente / actividades gratificantes / conductas de autocuidado por tratamiento y/o 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 entre sesiones).
6. Evaluación por parte del paciente/familiares de lo aprendido en la sesión y aplicación de cuestionarios psicológicos al paciente y familiares.

- *Sesión 2: antes de iniciar el segundo ciclo de quimioterapia*

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 las limitaciones. Identificación de las actividades relevantes comprometidas por los síntomas derivados de la enfermedad/tratamiento. Reconocimiento del terapeuta y paciente de los contextos en los que ocurren.
    - Descripción de alternativas (propias del repertorio del sujeto y/o instruidas por otros p.e. médicos, familiares, documentación) 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 terapeuta y paciente de lo que puede y no ser cambiado (temporal y/o definitivamente). \*Identificación de los intentos de control (pensamientos / emociones).
      - \* Descripción de las estrategias para ejercer control. \*Reconocimiento de la eficacia/ineficacia de las estrategias de control.
      - \*Identificación de las claves contextuales que facilitan y mantienen la evitación experiencial.
    - Reconocimiento del terapeuta y paciente de las conductas valiosas en relación a síntomas y limitaciones
    - Reconocimientos del terapeuta y paciente de los contextos en los que ocurren las conductas valiosas.
  - b) Rutinas cotidianas (cuidado personal, cuidado familia, ocupaciones domésticas, laborales, tiempo libre).
    - Descripción e identificación de conductas específicas de la rutina cotidiana con anterioridad a la enfermedad.
    - Descripción y reconocimiento de conductas específicas de la rutina cotidiana en el momento actual y de las contingencias (ambientales y privadas - pensamientos/emociones-) que las fortalecen/debilitan .
    - Identificación de conductas de enfermedad (abandono y/o delegación en otros de actividades y responsabilidades) y de las contingencias que las facilitan y mantienen.
    - Reconocimiento de lo que puede y no ser cambiado (temporal y/o definitivamente).
      - \*Identificación de intentos de control (pensamientos / emociones).
      - \*Descripción del paciente de las estrategias para ejercer control.
      - \*Reconocimiento del paciente de la eficacia/ineficacia de las estrategias de control.
      - \*Identificación terapeuta y paciente de las claves contextuales que facilitan y mantienen la evitación experiencial.

- Reconocimiento terapeuta y paciente de las conductas valiosas para el paciente en relación a las rutinas cotidianas y relaciones interpersonales.
  - c) Emociones, pensamientos y preocupaciones ante la enfermedad y el tratamiento (sufrimiento físico, limitación objetivos personales, futuro propio, limitaciones para familiares/allegados, futuro familia).
    - Descripción (frecuencia e intensidad) del paciente de emociones/pensamientos en relación a la enfermedad. Descripción de los contextos que los facilitan /inhiben la ocurrencia de emociones específicas.
    - Reconocimiento pensamientos/emociones (relativas a la enfermedad/tratamiento) de evitación de la experiencia.
      - \*Identificación de los intentos de control de pensamientos / emociones.
      - \*Descripción de las estrategias para ejercer control: dar razones/justificaciones.
      - \*Reconocimiento de la eficacia/ineficacia de las estrategias de control.
      - \*Identificación de las 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):
- a) Programación de actividades relevantes de la vida del paciente mantenidas por reforzamiento natural. Contrato contingencias. Registro de actividades (conforme a las especificaciones realizadas en la sesión 1)
  - b) Elaboración de jerarquía de actividades gratificante 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.
- *Sesión 3: antes de iniciar el tercer ciclo de quimioterapia.*  
Se mantienen los objetivos y plan terapéutico de la sesión 2.
  - *Sesión 4 (sólo pacientes con cáncer de mama): antes de iniciar el cuarto ciclo de quimioterapia*  
Se mantienen los objetivos y plan terapéutico de la sesión 2.
  - *Sesión 5 (sólo pacinetes con cáncer de mama): antes de iniciar el quinto ciclo de quimioterapia*  
Se mantienen los objetivos y plan terapéutico de la sesión 2.
  - *Sesión 6: al finalizar el tratamiento con quimioterapia.*  
Se mantienen los objetivos y plan terapéutico de la sesión 2. Consideración especial a la finalización del tratamiento.
  - *Sesión 7: corresponde con el seguimiento a los tres meses*  
Se mantienen los objetivos de la sesión 2

Figura 7.1 Protocolo de intervención: objetivos y tareas

## 7.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

### - Estudio descriptivo de la muestra en:

- Características sociodemográficas y clínicas
- Características sobre el conocimiento y recuerdo del paciente de la información proporcionada por el oncólogo sobre su enfermedad y tratamiento en la primera consulta en oncología.
- Calidad de vida evaluada mediante las valoraciones globales realizadas por el paciente y el médico, y mediante el cuestionario QLQ-C30 y sus módulos específicos (LC13 y BR23).
- Estado emocional evaluado mediante el cuestionario HADS.

El estudio descriptivo tanto de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, como sobre el conocimiento y recuerdo que el paciente tiene de la información proporcionada por el oncólogo, variables todas ellas recogidas al inicio del tratamiento, se ha realizado en función del tipo de tumor (cáncer de pulmón/ cáncer de mama), tanto para la muestra total, como para ambos grupos (GC/GE) de modo independiente. El estudio descriptivo del resto de condiciones se ha realizado, para cada momento de medida en el que fueron recogidos los datos, a lo largo de la intervención y en el seguimiento, en función del tipo de tumor (cáncer de pulmón/ cáncer de mama), para ambos grupos (GC/GE) de modo independiente.

Cuando las variables fueron cualitativas u ordinales los estadísticos utilizados fueron frecuencias ( $n_i$ ) y porcentajes ( $p_i$ ). Cuando las variables fueron cuantitativas los estadísticos utilizados fueron: Media Aritmética ( $M$ ), Desviación típica ( $DT$ ), valor mínimo ( $M_n$ ) y máximo ( $M_x$ ) de la variable, Rango en la variable ( $R$ ), Amplitud Intercuartílica ( $A_{IQ}$ ) y los percentiles 25 ( $P_{25}$ ), 50 ( $P_{50}$ ) o mediana y 75 ( $P_{75}$ ). Además, para el estudio de la distribución de las variables se emplearon el estadístico de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de la significación de Lilliefors ( $K-S_L$ ) y el estadístico de Shapiro-Wilk ( $S-W$ ), presentándose los grados de libertad ( $g$ ) y la probabilidad ( $p$ ) de los datos asumiendo la hipótesis nula ( $H_0$ ) verdadera. Para la comparación de medias se empleó el estadístico robusto para comparar medias de Brown-Forsythe ( $F_{BF}$ ), siempre que las varianzas en los grupos fueron heterogéneas en lugar de la  $t$  de Student, presentándose los grados de libertad ( $g$ ) y la probabilidad ( $p$ ) de los datos asumiendo la hipótesis nula ( $H_0$ ) verdadera. Cuando el interés fue comparar proporciones se utilizó la prueba estadística Binomial para comparar las proporciones observadas.

- **Estudio de la equivalencia de ambos grupos antes de la aplicación del tratamiento, en cada tipo de tumor, con respecto a las variables sociodemográficas, clínicas, valoraciones globales realizadas por el paciente y el médico y, puntuaciones en las subescalas del HADS.**

El examen de la independencia de estas variables de la pertenencia al grupo de tratamiento se ha realizado de modo distinto en función de las características de las variables. Cuando la relación implicaba variables nominales y/o nominales u ordinales se ha utilizado el análisis de las Tablas de Contingencia. En ellas, se observan las frecuencias observadas para cada nivel de una variable en el conjunto de todos los niveles de la otra variable y, también, las habidas en cada cruce de categorías de ambas variables. Se ha considerado importante observar los residuos tipificados para comparar la relación entre las distintas categorías. Para poner a prueba la hipótesis nula de independencia se ha aplicado la prueba Ji-cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Se acompaña de los grados de libertad ( $g$ ), de la probabilidad asociada a los datos encontrados ( $p$ ) y, del grado de dependencia o medida de asociación encontrado mediante el coeficiente Phi, en el caso de que las variables tengan 2 niveles, y del Coeficiente de contingencia, cuando alguna de las dos variables tenga más de dos niveles. Cuando la relación implicaba a una variable cuantitativa y otra cualitativa se ha estudiado primero, si la variable cuantitativa satisfacía las asunciones para poder utilizar un estadístico paramétrico. Si así era, se ha analizado la relación entre las variables mediante la  $t$  de Student o  $F$  de Fisher (cuando las varianzas entre los grupos fueron homogéneas y la distribución normal), mediante el estadístico de Brown-Forsythe (cuando las varianzas entre los grupos fueron homogéneas y la distribución normal) y mediante la  $U$  de Mann-Whitney (cuando la distribución fue no normal).

Debido a la extensión de los análisis realizados, se exponen sólo los resultados de determinadas variables, conforme a las recomendaciones metodológicas, puesto que cabe esperar los mismos resultados en el resto de variables. En concreto los resultados que se exponen son de las siguientes variables:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, número de familiares con quien vive el paciente, número de hijos, nivel de educación y situación laboral.
- Características clínicas: tiempo que transcurre desde los primeros síntomas hasta que acude a la consulta del médico de familia, tiempo que transcurre desde los primeros síntomas hasta que es derivado a oncología, tipo de tumor y estadio.
- Valoraciones globales realizadas por el paciente.
- Puntuaciones en las subescalas del HAD.

- **Estudio de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE), en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento.**

Se ha realizado el estudio de la evolución y tendencia de las variables métricas cuantitativas siguientes: valoraciones globales del paciente y del médico, y las puntuaciones en las subescalas del HADS, QLQ-C30, BR-23 y LC13. El diseño que subyace en el estudio es un diseño de medidas parcialmente repetidas con una variable entre sujetos, con dos niveles (GC y GE) y una variable intra-sujetos, con 6 niveles (4 medidas de tratamiento y un seguimiento) para la muestra de pacientes con cáncer de pulmón, y 8 niveles (6 medidas de tratamiento y dos seguimientos) para la muestra de pacientes con cáncer de mama. Partiendo de esto, los análisis estadístico inferenciales se han realizado de dos modos: a) mediante el Modelo Lineal General (MLG), AVAR y análisis de contrastes polinómicos ortogonales (exámen de tendencias), con los pacientes de los que se dispone de todos los registros, y b) mediante el Modelo Lineal Mixto (MLM) con todos los pacientes, incluidos los que abandonan y los que carecen de algún registro. En el MLM, la estimación se ha realizado mediante el modelo de Máxima Verosimilitud Restringida (MVR) y se ha utilizado el criterio AIC para elegir entre 4 estructuras de covarianza: Simetría Compuesta [SC], Autorregresiva de primer orden estacionaria [AR(1)], Autorregresiva de primer orden heterogénea [ARH(1)], y No estructurada [NE]. Cuando la interacción no ha sido estadísticamente significativa se ha procedido a eliminarla del modelo y se ha evaluado mediante comparación de modelos. Para la inferencia estadística se ha procedido utilizando la prueba de significación acompañada de la estimación de intervalos de confianza, magnitud de asociación y potencia empírica. Se ha complementado con el ajuste y comparación de modelos de probabilidad de los datos. Cuando la variable intrasujeto o la interacción ha sido estadísticamente significativa se han puesto a prueba si la tendencia se describe mejor mediante un contraste lineal o cuadrático. Se ha examinado el Tamaño del efecto (Te) y la Potencia de prueba ( $1-\beta$ ). En la comparación de medidas se ha utilizado la desigualdad de Bonferroni para controlar el error de Tipo I. Se ha puesto especial interés en el estudio de la interacción, tanto de modo estadístico como de modo gráfico.

Se señala una excepción de este procedimiento de análisis para una variable, Calidad de vida valorada por el médico. Para esta variable se han realizado análisis adecuados a sus características de registro, puesto que a diferencia del resto de variables ha sido registrada sólo en dos momentos, inicio y fin del tratamiento. Los análisis realizados para estudiar su cambio o estabilidad en esos momentos y las diferencias entre grupos (GC/GE) han sido:

1. Análisis pre-post para evaluar el cambio experimentado a lo largo del tiempo de ambos grupos.
2. Análisis de medidas parcialmente repetidas con dos niveles (GC y GE) y una variable intra-sujeto, con 2 niveles (medida inicial y medida final).

- **Estudio del estado de la muestra, en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento, mediante la descripción de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE) en cada tipo de tumor (cáncer de pulmón/cáncer de mama).**

Se ha examinado el estado de la muestra en relación a síntomas (nauseas, vómitos, pérdida de apetito, dificultad para dormir, dolor y cansancio), estado emocional (ansiedad, depresión e irritabilidad), preocupaciones (tratamiento, futuro propio, futuro de otros significativos y económicas) y nivel de funcionamiento/actividad (laboral, doméstica, ocio, cuidados personales, familiar, pareja, sexual, amistad). Para estas variables, sólo se ha realizado una comparación descriptiva de los grupos mediante el uso de los estadísticos, frecuencias ( $n_i$ ) y porcentajes ( $p_i$ ), puesto que no cumplen los criterios metodológicos exigidos (por ejemplo, tamaño de la muestra: casilla con frecuencia menor de 5 sujetos) para el uso de pruebas estadísticas adecuadas.

- **Evaluación del cambio experimentado de los pacientes del GE de ambas muestras (cáncer de pulmón/ cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, del primer seguimiento en las condiciones seleccionadas por su interés tras los análisis previos.**

Se ha empleado la prueba no paramétrica de Cochran (Q) para examinar los cambios en tres momentos (pretratamiento, postratamiento y seguimiento), de las frecuencias (o porcentajes) de los enfermos en relación a:

- Mantenimiento de la actividad diaria (doméstica, ocio, sexual y actividades gratificantes) y reconocimiento de las contingencias que la fortalecen y debilitan.
- Presencia/ausencia de pensamientos/emociones de evitación y su reconocimiento (si/no).
- Presencia/ausencia de conductas de enfermedad y su reconocimiento (si/no).
- Presencia/ausencia de patrones de evitación y su reconocimiento (si/no).

Para todos los análisis realizados se ha considerado un error Tipo I a priori del 5%. No obstante, debido al escaso tamaño de la muestra, y a las características tan particulares que va adoptando a lo largo de los momentos en que se observan las variables dependientes de interés, se ha considerado, en la prueba de algunas hipótesis nulas ( $H_0$ ) de sumo interés en esta investigación, no desechar probabilidades de los datos superiores al 0,05 (hasta un máximo de 0,10) con la intención de tener en cuenta estos resultados para una posterior investigación.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS (V.15.0).

- **Estudio descriptivo de caso (N=1), exclusivamente de los pacientes del GE, de ambas muestras (cáncer de pulmón y cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, del primer seguimiento.**

Se ha examinado el estado y evolución, a lo largo del tratamiento y los seguimientos, de las siguientes variables:

- Síntomas: pérdida de apetito, dificultad para dormir, fatiga, cansancio y dolor. Se ha tenido en cuenta la frecuencia e intensidad experimentada por el sujeto entre ciclos de quimioterapia y en el periodo seguimiento, recogida mediante la entrevista semiestructurada..
  - Estado emocional: ansiedad, depresión e irritabilidad. Se ha tenido en cuenta la frecuencia e intensidad experimentada por el sujeto entre ciclos de quimioterapia y en el periodo seguimiento, recogida mediante la entrevista semiestructurada..
  - Subescalas de ansiedad y depresión del HADS. Se han tenido en cuenta todas las medidas disponibles de cada sujeto.
  - Actividad diaria: laboral, cuidados personales, doméstica, ocio, familiar, pareja sexual amistad y actividades gratificantes. Registradas mediante entrevista semiestructurada, a lo largo del tratamiento y en el seguimiento.
  - Pensamientos/ emociones de evitación: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no).
  - Conductas de enfermedad: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no).
  - Patrones de evitación: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no).
- **Exposición de cuatro casos del GE, dos pacientes con cáncer de pulmón y dos pacientes con cáncer de mama. Se expone detalladamente el procedimiento de intervención psicológica llevado a cabo con pacientes que finalizaron la intervención psicológica y cuenta, al menos, con un seguimiento.**



## 8. RESULTADOS

---

### 8.1 Estudio descriptivo de las variables de estudio:

#### A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

#### 8.1.1 Características sociodemográficas (Anexo II: Tabla 1)

##### 8.1.1.1 Descripción general de la muestra

La muestra de cáncer de pulmón está compuesta por 90 pacientes, 73 hombres (81,1%) y 17 mujeres (18,9%). La edad oscila entre 43 ( $M_n$ ) y 78 ( $M_x$ ) años (siendo el Rango, R, 35 años) con una media (M) de 61,98 y desviación típica (DT) de 9,06 y con distribución normal ( $K-S_L=0,073$ ;  $gI=41$ ;  $p=0,200$ ;  $S-W=0,972$ ;  $gI=41$ ;  $p=0,400$ ). Respecto al sexo, en los hombres la edad media es 62,82 (DT=8,71;  $M_n = 43$ ;  $M_x = 78$ ; R=35 años). En las mujeres, la edad media es de 59,08 (DT= 10,03;  $M_n = 43$ ;  $M_x = 74$ ; R=31 años). En ambos, la edad tiene una distribución normal y no existen edades extremas. No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de hombres y mujeres ( $F_{BF}=3,47$ ;  $gI=1$ ; 22,808;  $p=0,075$ ).

La mayoría de los pacientes están casados o viviendo en pareja (77,8%). Sólo el 14,4% no tienen hijos y, la mayoría viven con algún familiar, únicamente el 5,6 % vive solo. La mayoría tiene estudios, el mayor porcentaje estudios primarios (59,1%), seguido de secundarios (30,7%). En cuanto a la situación laboral, el 54,4% de los sujetos están jubilados, un 33,3% tiene la baja laboral y un 4,4 % permanecen en activo. El resto, un 6,7% son amas de casa y un 1,1% está, en paro.

##### 8.1.1.2 Descripción de los grupos (GC/GE)

Las características anteriormente descritas en el total de la muestra están igualmente representadas en ambos grupos, Grupos Experimental (GE) y Control (GC). Aunque el número de pacientes en cada grupo es distinto, sin embargo, la prueba estadística Binomial nos indica que las proporciones observadas del total de la muestra en cada uno de los grupos (55,6% y 44,4% respectivamente) no es diferente del 50% ( $p=0,343$ ).

El GC está compuesto por 40 pacientes, 36 hombres (90%) y 4 mujeres (10%), cuya edad media es 60,92 (DT=8,33;  $M_n = 44$ ;  $M_x = 78$ ; R = 34 años). La mayoría de los pacientes están casados o viviendo en pareja (77,5%), tienen hijos (77,5%) y viven con algún familiar (92,5%).

Sólo un 5% de los pacientes no tienen estudios, y la mayoría posee estudios primarios (62,5%). Con respecto a la situación laboral, la mayoría están jubilados (55%), seguido de situación de baja laboral (30%) y sólo un 5% se hallan en activo. El resto son amas de casa (7,5%) o están en paro (2,5%)

El GE, está compuesto por 50 pacientes, 37 hombres (74%) y 13 mujeres (26%), y su edad media es de 61,64 años (DT=9,57;  $M_n = 43$ ;  $M_x = 78$ ;  $R = 35$  años). La mayoría de los sujetos están casados o viviendo en pareja (78%), tienen hijos (sólo el 8% no los tiene) y viven con algún familiar (el 4,1% vive solo).

Un 8,3% no refiere tener estudios, y del resto la mayoría presenta estudios primarios (56,3%). En cuanto a la situación laboral, un 54% están jubilados, un 36% de baja y un 4% permanecen en activo. El resto, un 6%, son amas de casa.

## 8.1.2 Características clínicas (Anexo II: Tabla 2)

### 8.1.2.1 Descripción general de la muestra.

En el 96,6% de los casos, el paciente acude a la consulta del médico de familia ante la presencia de diferentes síntomas, a partir de lo cual se pondrán en marcha los distintos procedimientos y pruebas médicas que darán lugar al diagnóstico de cáncer. En el resto de los pacientes, un 3,4%, el tumor es detectado a partir de una revisión médica programada.

El tiempo que transcurre desde que los pacientes notan los primeros síntomas hasta que acuden al médico es en el 49,1% de los pacientes de los que se dispone este dato (en un total de 53 pacientes) de siete días o menos. Además, se observan diferencias entre hombres y mujeres. En los hombres, esta variable no presenta distribución normal ( $K-S_L=0,301$ ;  $gI=41$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,794$ ;  $gI=41$ ;  $p=0,000$ ), el 50% de los pacientes acude al médico antes de los 7 días ( $M= 32,12$ ;  $DT= 61,59$ ;  $M_n = 0$ ;  $M_x = 365$ ;  $R=365$  días;  $A_{IC}=23$ ), ( $P_{25}= 70$ ;  $P_{50}= 7$ ;  $P_{75}= 30$ ), sin embargo, resulta menos homogénea que en las mujeres, ya que existe una gran variabilidad en el número de días que tardan en acudir al médico. Se observa, un fuerte sesgo positivo, con 5 casos extremos, uno de ellos tarda más de 80 días en acudir, y los otros 4 más de 100 días.

Las mujeres, acuden más tarde al médico, el 50% de ellas tarda en acudir 30 días, sin embargo, ninguna de ellas tarda más de 5 meses en ir. De este modo, la variable se distribuye de modo normal ( $K-S_L=0,223$ ;  $gI=12$ ;  $p=0,100$ ; y  $S-W=0,863$ ;  $gI=12$ ;  $p=0,053$ ), ( $M= 59,08$ ;  $DT= 10,03$ ;  $M_n = 1$ ;  $M_x = 150$ ;  $R=149$  días), ( $P_{25}= 7$ ;  $P_{50}= 30$ ;  $P_{75}= 82,5$ ), y no se observan casos extremos, aunque una mujer tarda 150 días, otra tarda 120 días y otra 90 días. Dado que estos días resultaron outliers en los hombres, también serán tenidas en cuenta.

Con respecto al tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta que fueron derivados a la consulta del oncólogo (se tiene el dato de 81 pacientes), oscila entre 7 ( $M_n$ ) y 545 ( $M_x$ ) días ( $R=538$  días), con un  $P_{50} = 90$  días. Esto refleja que el 50% de los pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo inferior o igual a 90 días ( $P_{25} = 50$  ;  $P_{75} = 150$ ). Es destacable la presencia de 7 valores extremos (outliers), que fueron pacientes que tardaron

en acudir al oncólogo un año o más. Esta variable se distribuye de modo no normal ( $K-S_L=.210$ ;  $gI=81$ ;  $p=.000$ ; y  $S-W=.788$ ;  $gI=81$ ;  $p=.000$ ) con un sesgo positivo acusado. También en esta variable existen diferencias entre hombres y mujeres. Así, en los hombres no se distribuye de modo normal manifestando un fuertes sesgo positivo ( $K-S_L=0,224$ ;  $gI=65$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,779$ ;  $gI=65$ ;  $p=0,000$ ), ( $M= 113,89$ ;  $DT= 101,63$ ;  $M_n = 7$ ;  $M_x = 545$ ;  $R=538$  días;  $A_{IC}=97,59$ , ( $P_{25}= 52,5$ ;  $P_{50}= 90$ ;  $P_{75}= 150$ ). En el 50% de los pacientes la consulta del oncólogo se demora 90 días o menos, sin embargo, es una muestra menos homogénea que la de las mujeres, debido a que la amplitud intercuartil es ligeramente mayor y hay cinco casos extremos (uno de ellos tarda 545 días, tres tardan 365 días y uno tarda 300 días. Las mujeres en cambio, acuden más tarde al oncólogo, en el 50% la consulta se demora en 120 días y, sólo hay dos casos extremos, que tardan en ir 300 días o más ( $K-S_L=0,267$ ;  $gI=16$ ;  $p=0,003$ ; y  $S-W=0,802$ ;  $gI=16$ ;  $p=0,0039$ , ( $M= 137,18$ ;  $DT= 112,48$ ;  $M_n = 30$ ;  $M_x= 460$ ;  $R=430$  días;  $A_{IC}=90$ ), ( $P_{25}= 60$ ;  $P_{50}= 120$ ;  $P_{75}= 150$ ).

Con respecto al tipo de tumor, en relación a tipo de tumor microcítico y no microcítico, el 74,4% de los pacientes presentan un tumor no microcítico frente al 24,4% que presenta un tumor de tipo microcítico. Señalar, la existencia de un caso (1,1%) cuyo tipo de tumor (mesotelioma pleural) no se clasifica en ninguno de ellos.

Dentro de los tumores no microcíticos, los mayores porcentajes son para el subtipo epidermoide (37,8%) y el adenocarcinoma (30%). En cuanto a los estadios, los mayores porcentajes son para los estadios IV (35,8%), III-B (32,8%) y III-A (23,9%).

Dentro de los tumores microcíticos, el 72,7% presentan enfermedad limitada y 27,3% enfermedad extensa.

El caso del mesotelioma pleural se encuentra en un estadio I.

Si estas tres variables las observamos atendiendo a la variable sexo, apreciamos que el cáncer no microcítico es el más abundante en los hombres (75,3%) y en las mujeres (70,6%). Entre los subtipos de cáncer, en los hombres el epidermoide supone el mayor porcentaje (42,46%) seguido del adenocarcinoma (26,02%). En las mujeres el subtipo con mayor porcentaje es el adenocarcinoma (47,05%) seguido del epidermoide (17,64%).

Tanto en los hombres como en las mujeres que padecen un tumor microcítico el mayor porcentaje de los pacientes presentan enfermedad limitada (el 70,58% de los hombres y el 80% de las mujeres). En los pacientes con tumores no microcíticos, los hombres con diagnóstico epidermoide se reparten en un 38,7% (estadio IIIB), un 32,3% (estadio IIIA) y un 25,5% (estadio IV); aquellos que tienen un adenocarcinoma, el 52,7% están en un estadio IIIB/IV y IV y un 42,2% repartido a partes iguales entre los estadios IIIA y IIIB. En cuanto a las mujeres con adenocarcinoma, el 75% están en el estadio IV y el 25% en el estadio IIIB. Aquellas con un diagnóstico epidermoide están en el porcentaje de 33,3% en cada estadio IIIA, IIIB y IV.

Es decir, tanto hombres como mujeres con tumores no microcíticos se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad prácticamente de igual modo. Y tanto hombres como mujeres con tumores microcíticos, la gran mayoría se encuentran en estadios menos avanzados de la enfermedad.

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, un 3,3% de los pacientes habían sido sometidos a cirugía y un 6,7% a radioterapia. Respecto al tratamiento de quimioterapia recibido, aunque varía en los distintos pacientes, en general, se puede agrupar en dos en función del tipo de tumor, microcítico y no microcítico. Así dentro de los pacientes con tumores no microcíticos el mayor porcentaje recibió Cisplatino + Gemcitabina (85,1%). Dentro de los pacientes con tumores del tipo microcítico, un porcentaje cercano a la mitad (40,9%) recibieron Carboplatino+VP16, seguido de Genoxal+Adriamicina+VP16 (22,7%).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, de los 88 pacientes de los que se conoce el dato, el 35,2% estaba bajo algún tratamiento. De éstos, sólo en 24 casos se identificó quien lo había prescrito, siendo fundamentalmente el médico de familia (50%). Sólo en un 4,2% había sido un psiquiatra.

#### **8.1.2.2 Descripción de los grupos (GC/GE)**

Tal como ocurre con las características sociodemográficas, la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos Experimental y Control ha permitido que las mismas características clínicas en el total la muestra se conserven en ambos grupos.

En el grupo control, en el 92,3% de los casos, el paciente acude a la consulta del médico de familia ante la presencia de diferentes síntomas, mientras que un 7,7%, el tumor es detectado a partir de una revisión médica programada. El tiempo que transcurre desde que los pacientes notan los primeros síntomas hasta que acuden al médico es en el 69,2% de los pacientes de los que se dispone este dato (en un total de 13 pacientes) de siete días o menos ( $M= 23,23$ ;  $DT= 37,42$ ;  $M_n = 2$ ;  $M_x = 120$ ;  $R=118$  días), ( $P_{25}= 7$ ;  $P_{50}= 7$ ;  $P_{75}= 19$ ). Con respecto al tiempo, en días, transcurrido desde los primeros síntomas hasta que fueron derivados a la consulta del oncólogo (se tiene el dato de 33 pacientes), oscila entre 21 ( $M_n$ ) y 365 ( $M_x$ ) días ( $R= 344$ días), con un  $P_{50} = 60$  días. Esto refleja que el 50% de los pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo inferior o igual a 60 días ( $P_{25} = 42$  ;  $P_{75} = 130$ ). Esta variable se distribuye de modo no normal con una asimetría positiva ( $K-S_L=0,279$ ;  $gI=33$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,753$ ;  $gI=33$ ;  $p=0,000$ ).

Con respecto al tipo de tumor, el 75% de los pacientes presentan un tumor no microcítico frente al 25% que presenta un tumor de tipo microcítico. Dentro de los tumores no microcíticos, los mayores porcentajes son para el subtipo epidermoide (63,3%) y el adenocarcinoma (30% ). En cuanto a los estadios, los mayores porcentajes son para los estadios IV y III-B (ambos 33,3%) y III-A (30%). Dentro de los tumores microcíticos, el 70% presentan enfermedad limitada y 30% enfermedad extensa.

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, ningún paciente fue sometido a cirugía y un 7,5% recibió radioterapia. Respecto al tratamiento de quimioterapia administrado en los pacientes con tumores no microcíticos, sólo se administraron dos pautas tratamiento, donde una de ellas casi supuso el 100%, en concreto Cisplatino + Gemcitabina (93,3%). Los pacientes con tumores del tipo microcítico, recibieron diferentes pautas de tratamiento con porcentajes cercanos (tabla 2; Anexo II).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, el 30% estaba bajo algún tratamiento y de aquellos en los que se identificó quien lo había prescrito (sólo 11 casos), fue mayoritariamente el médico de familia (54,5%).

En el grupo experimental y para todos los pacientes, el motivo de la primera consulta con el médico de familia fue la presencia de síntomas. El tiempo transcurrido desde que los pacientes notan los primeros síntomas hasta que acuden al médico es en el 57,1% de los pacientes de los que se dispone este dato (en un total de 42 pacientes) de quince días o menos ( $M=38,02$ ;  $DT=63,22$ ;  $M_n=0$ ;  $M_x=365$ ;  $R=365$  días), ( $P_{25}=6,50$ ;  $P_{50}=15$ ;  $P_{75}=60$ ). Con respecto al tiempo, en días, transcurrido desde los primeros síntomas hasta que fueron derivados a la consulta del oncólogo (se tiene el dato de 48 pacientes), oscila entre 7 ( $M_n$ ) y 545 ( $M_x$ ) días ( $R=538$  días), con un  $P_{50}=110$  días. Esto refleja que el 50% de los pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo inferior o igual a 110 días ( $P_{25}=60$ ;  $P_{75}=150$ ). Esta variable, al igual que en el GC, se distribuye de modo no normal con una asimetría positiva en el GE ( $K-S_L=0,223$ ;  $gI=48$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,797$ ;  $gI=48$ ;  $p=0,000$ ).

Con respecto al tipo de tumor, el 74% de los pacientes presentan un tumor no microcítico frente al 24% que presenta un tumor de tipo microcítico. Dentro de los tumores no microcíticos, los mayores porcentajes son para el subtipo adenocarcinoma (48,6%) y epidermoide (40,5%). En cuanto a los estadios, los mayores porcentajes son para los estadios IV (37,8%), III-B (32,4%) y III-A (18,9%). Dentro de los tumores microcíticos, el 75% presentan enfermedad limitada y el 25% enfermedad extensa. Además, en este grupo se halla el paciente con el diagnóstico de mesotelioma pleural y un estadio I.

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, un 6% de los pacientes fue sometido a cirugía y el mismo porcentaje recibió radioterapia. Respecto al tratamiento de quimioterapia recibido en los pacientes con tumores no microcíticos, la mayoría de los pacientes recibió Cisplatino + Gemcitabina (78,4%). Los pacientes con tumores del tipo microcítico, la mitad de los pacientes recibieron Carboplatino + VP16 (50%), seguido de Genoxal + Adriamicina + VP16 (33,3%).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, el 38,8% estaba bajo algún tratamiento y de aquellos en los que se identificó quien lo había prescrito (sólo 13 casos), fue mayoritariamente el médico de familia (46,2%), y en ningún caso un psiquiatra.

B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

**8.1.3 Características sociodemográficas (ANEXO II: Tabla 3)**

**8.1.3.1 Descripción general de la muestra**

La muestra total, está compuesta por 68 pacientes, 67 mujeres (98,5%) y 1 hombre (1,5%). La edad, cuya distribución es normal ( $K-S_L=0,099$ ;  $g_l=68$ ;  $p=0,097$ ; y  $S-W=.970$ ;  $g_l=68$ ;  $p=0,096$ ), oscila entre 31 ( $M_n$ ) y 79 ( $M_x$ ) años (siendo el Rango, R, 48 años) con una media (M) de 54,07 y desviación típica (DT) de 12,27.

La mayoría de las pacientes están casadas o viviendo en pareja (67,6%), tienen hijos (82,4%) y viven con al menos un familiar (un 13,3% vive solo) (ver Tabla 1).

La mayoría de las pacientes tienen estudios, sólo un 3% no los tiene. Con respecto a la situación laboral, el 36,8% de las pacientes son amas de casa ( $n=25$ ) y, de las 43 pacientes restantes (63,2%), el 42,6% se halla en situación de baja laboral y sólo un 2,9% continua trabajando. El resto, está en paro (7,4%) o jubiladas (10%).

**8.1.3.2 Descripción de los grupos (GC/GE)**

Las características anteriormente descritas en el total de la muestra están igualmente representadas en ambos grupos, Grupos Experimental (GE) y Control (GC). Aunque el primero lo componen 33 pacientes y el segundo 35, sin embargo la prueba estadística Binomial nos indica que las proporciones observadas del total de la muestra en cada uno de los grupos (49% y 51% respectivamente) no es diferente del 50% ( $p=0,904$ ).

El GC está compuesto por 35 pacientes, 34 mujeres (97,1%) y 1 hombre (2,9%), cuya edad media es 55,48 (DT=12,09;  $M_n = 31$ ;  $M_x = 79$ ; R= 48). La mayoría de los sujetos están casados o viviendo en pareja (74,3%), tienen hijos (82,9%) y viven con algún familiar (88,6%).

Sólo un 5,7% de los sujetos no tienen estudios, y la mayoría posee estudios primarios (54,3%). Con respecto a la situación laboral, el mayor porcentaje son amas de casa (48,6%), un 40,6% están en situación de baja laboral, 8% están jubilados y un 2,9% están en paro (ninguno se halla en activo).

El GE, está compuesto por 33 pacientes, todas ellas mujeres, cuya edad media es 52,57 (DT=12,48;  $M_n = 32$ ;  $M_x = 78$ ; R= 46). La mayoría de los sujetos están casados o viviendo en pareja (60,6%), tienen hijos (81,8%) y viven con algún familiar (84,8%).

Todas las pacientes poseen estudios, en un mayor porcentaje estudios primarios (43,8%). Con respecto a la situación laboral, el mayor porcentaje se hallan en situación de baja laboral (45,5%), estando tanto en paro como jubilados un 12,1% y en activo 6,1%. El 24,2% son amas de casa.

#### 8.1.4 Características clínicas (Anexo II: Tabla 4).

##### 8.1.4.1 Descripción general de la muestra

Un 77,9% de las pacientes acuden a la consulta del médico de familia debido al padecimiento de síntomas. En el resto de pacientes, el tumor se detecta mediante una revisión (22,1%). El tiempo que transcurre desde que aparecen los primeros síntomas hasta que acuden al médico de familia, sólo se dispone de 35 pacientes (51,5%). Esta variable cuya distribución es no normal ( $K-S_L=0,366$ ;  $gI=35$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,353$ ;  $gI=35$ ;  $p=0,000$ ;  $M= 42,42$ ;  $DT= 123,99$ ) y presenta un fuerte sesgo positivo, nos indica que la mayoría de las pacientes acuden muy pronto al médico. Así la mediana ( $P_{50}=7$ ) muestra que el 50% de los pacientes acuden al médico a los 7 días o antes. Y, observando todas las frecuencias, el 67,5% ( $n=23$ ) manifiestan que transcurrieron 7 días o menos. Sin embargo, señalar que el rango es muy amplio ( $M_n = 0$ ;  $M_x = 720$ ;  $R=720$  días) ya que hay pacientes que demoran mucho su visita al médico, en concreto 5 casos, tres de los cuales tardan 90 días, uno 180 y el otro 720 días.

Con respecto al tiempo que transcurre desde los primeros síntomas hasta que fueron derivadas a la consulta del oncólogo, se conoce en 56 pacientes (el 82,4%). El número de días que transcurren oscilan entre 15 ( $M_n$ ) y 780 ( $M_x$ ) días, ( $R=765$  días), y la mediana ( $P_{50}$ ) igual a 90, indica que el 50% de las pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo inferior o igual a 90 días. Esta variable también se distribuye de modo no normal ( $K-S_L=0,201$ ;  $gI=55$ ;  $p=0,000$ ; y  $S-W=0,765$ ;  $gI=56$ ;  $p=0,000$ ) y presenta un sesgo positivo acusado. Destaca la presencia de 5 valores extremos, que se corresponden con pacientes cuya consulta con el oncólogo se demoró un año o más.

Con respecto al tipo de tumor, el 88,2% de las pacientes presentan un carcinoma ductal infiltrante, seguido de su variedad clínica inflamatoria (7,4%). El resto, supone un caso por diagnóstico (tabla 4; Anexo II). En cuanto a los estadios, es destacable que el 19,19% de los casos se halle en un estadio I, el 47,1% en un estadio II (A y B) y el 29,4% en un estadio III (A, B, C). Sólo un 4,4% está en un estadio IV.

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, el 89,7% de las pacientes fue sometido a cirugía previa y ninguna paciente recibió radioterapia. En cuanto al procedimiento quirúrgico, en el 38,2% de los casos la elección fue cirugía conservadora y en el 51,5% cirugía radical (tabla 4; Anexo II).

Respecto al tratamiento de quimioterapia recibido, la pauta más administrada fue Taxotere + CEF (en el 45,5% de las pacientes), seguido de la pauta CEF (16,7%). El resto de pacientes (37,8 %) se repartió en otras pautas administradas (tabla 4; Anexo II).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, el 38,8% estaba bajo algún tratamiento y de aquellos en los que se identificó quien lo había prescrito (sólo 24 casos), fue el mayor porcentaje de los casos el psiquiatra (37,5%), seguido del médico de familia y otro especialista, ambos con el mismo porcentaje (29,2%).

#### 8.1.4.2 Descripción de los grupos (GC/GE)

El hecho de haber sido asignados los pacientes aleatoriamente a los grupos Experimental y Control ha permitido que estas mismas características en el total de los pacientes se conserven en ambos grupos.

En el grupo control, en el 71,4% de los casos, la paciente acude a la consulta del médico de familia ante la presencia de síntomas, mientras que en el 28,6%, el tumor es detectado a partir de una revisión médica. El tiempo que transcurre desde que las pacientes notan los primeros síntomas hasta que acuden al médico es en el 66,7% de las pacientes de los que se dispone este dato (en un total de 26 pacientes) de siete días o menos ( $M_n = 0$ ;  $M_x = 60$ ;  $R=60$  días), ( $P_{25}= 2,50$ ;  $P_{50}= 7$ ;  $P_{75}= 27$ ). Con respecto al tiempo, en días, transcurrido desde los primeros síntomas hasta que fueron derivadas a la consulta del oncólogo (se tiene el dato de 23 pacientes), oscila entre 30 ( $M_n$ ) y 300 ( $M_x$ ) días ( $R= 270$  días), con un  $P_{50} = 90$  días. Esto refleja que el 50% de las pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo inferior o igual a 90 días ( $P_{25} = 60$  ;  $P_{75} = 180$ ). Esta variable se distribuye de modo no normal ( $K-S_L=0,207$ ;  $gI=23$ ;  $p=0,012$ ; y  $S-W= 0,909$ ;  $gI = 23$ ;  $p = 0,039$ ) y no existen casos extremos.

Con respecto al tipo de tumor, el 85,7% de las pacientes presentan un carcinoma ductal infiltrante, seguido de su variedad clínica inflamatoria (8,6%). El resto, supone un caso por diagnóstico (tabla 4; Anexo II). En cuanto a los estadios, un 20% de las pacientes fue diagnosticado con un estadio I (20%), 48,6% con estadio II (A y B) y un 28,6 % con estadio III (A,B y C). Sólo un caso presentaba un estadio IV.

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, el 88,5% de las pacientes fue sometido a cirugía previa y ninguna paciente recibió radioterapia. En cuanto al procedimiento quirúrgico, en el 31,4% de los casos la elección fue cirugía conservadora y en el 57,1% cirugía radical.

Respecto al tratamiento de quimioterapia recibido la pauta más administrada fue Taxotere + CEF (en el 45,7% de las pacientes), seguido de la pauta CEF (20%). El resto de pacientes se repartió en otras pautas administradas (tabla 4; Anexo II).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, el 37,1% estaba bajo algún tratamiento y de aquellos en los que se identificó quien lo había prescrito (sólo 12 casos), la mayoría se halló en el conjunto del médico de familia y otro especialista (66%), seguido del psiquiatra (25%).

En el grupo experimental, en el 84,4% de los casos, la paciente acude a la consulta del médico de familia ante la presencia de síntomas, mientras que en el 15,2%, el tumor es detectado a partir de una revisión médica. El tiempo que transcurre desde que las pacientes notan los primeros síntomas hasta que acuden al médico es en el 50% de las pacientes de las que se dispone este dato (en un total de 26 pacientes) de tres días o menos ( $M_n = 0$ ;  $M_x = 720$ ;  $R=720$  días), ( $P_{25}= 0,75$ ;  $P_{50}= 3$ ;  $P_{75}= 39$ ). Con respecto al tiempo, en días, transcurrido desde los primeros síntomas hasta que fueron derivadas a la consulta del oncólogo (se tiene el dato de 33 pacientes), oscila entre 15 ( $M_n$ ) y 780 ( $M_x$ ) días ( $R= 765$ ;  $A_{IC}=150$ ), con un  $P_{50} = 90$  días. Esto refleja que el 50% de las pacientes acudieron al oncólogo en un período de tiempo



inferior o igual a 90 días ( $P_{25} = 60$ ;  $P_{75} = 210$ ). Esta variable se distribuye de modo no normal ( $K-S_L=0,213$ ;  $gI=33$ ;  $p=0,001$ ; y  $S-W = 0,755$ ;  $gI = 33$ ;  $p = 0,000$ ), y presenta un caso extremo, cuya consulta con el oncólogo se demoró 780 días.

Con respecto al tipo de tumor, el 90,9% de las pacientes presentan un carcinoma ductal infiltrante, seguido de su variedad clínica inflamatoria (6,1%) y un caso con un diagnóstico mixto (carcinoma ductal infiltrante/carcinoma ductal lobulillar) (tabla 4; Anexo II).

En cuanto a los estadios, el 18,2 % fue diagnosticado con un estadio I, el 45,4% con estadio II (A y B) y un 30,4% con un estadio III (A,B, y C). Sólo dos casos (6,1%) fueron diagnosticados con estadio IV. (tabla 4; Anexo II)

En cuanto a los tratamientos previos a la quimioterapia, el 91% de las pacientes fue sometido a cirugía previa y ningún paciente recibió radioterapia. En cuanto al procedimiento quirúrgico, ambos, cirugía conservadora y radical tuvieron el mismo porcentaje (45,5%).

Respecto al tratamiento de quimioterapia recibido la pauta más administrada fue Taxotere + CEF (en el 43,8% de las pacientes), seguido de la pauta CEF (12,5%) y Taxotere + Carboplatino + Herceptín (9,4%). El resto de pacientes se repartió en otras pautas administradas (tabla 4; Anexo II).

Con respecto a la prescripción y toma de psicofármacos, el 40,6% estaba bajo algún tratamiento y de aquellos en los que se identificó quien lo había prescrito (sólo 12 casos), en el 50% de los casos fue el psiquiatra y el otro 50% se repartió por igual entre el médico de familia y otro especialista.

### **8.1.5 Conocimiento y recuerdo sobre la enfermedad y los tratamientos que van a poner tras la primera consulta con el oncólogo**

#### *A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN*

Todos los pacientes, a excepción de uno, recuerdan el diagnóstico de la enfermedad. Y, en cuanto su pronóstico, de los 57 pacientes a los que se les ofrece, el 31,57% no lo recuerda. Un alto porcentaje de personas, no han buscado obtener más información sobre su enfermedad, sólo lo hace un 28,4% y, de ellos, el 91,3 % obtuvieron el mismo diagnóstico.

Un alto porcentaje de pacientes recuerda la información que el médico le dio sobre el tratamiento que va a recibir (96,6%), tanto en lo referente a su administración (92,1%) como en lo que respecta a sus efectos secundarios (98,9%). Muy pocos pacientes han buscado información alternativa sobre el tratamiento que van a recibir (10,22%) y de ellos, el 88,8% manifiesta que no han obtenido información contradictoria a la recibida por el médico.

El dato acerca del recuerdo sobre las recomendaciones médicas respecto al tratamiento, sólo se tiene de 78 pacientes. De ellos, el 32% manifiesta no recordarlas, 14,1% sólo recuerda algunas, y el 53,84% las recuerda todas.

Todos los pacientes recuerdan que han de entregar la tarjeta del servicio siempre que acudan a consulta. Y, un 87,8% recuerdan el lugar donde se les va administrar el tratamiento.

Con respecto a los grupos, señalar que en el grupo control se halla un sujeto que no recuerda el diagnóstico y otro que dice no haber sido informado del mismo. En cuanto al pronóstico, un 58,3% lo recuerda frente al 22,2 % que no y un 13,9% dicen no haberlo recibido. Con respecto al tratamiento, en relación al tipo, su administración y efectos secundarios, más del 90% de los pacientes lo recordaban y un 87,2% recordaba el lugar donde les iba a ser administrado. Además, un 53,8% recordaba todas las recomendaciones médicas, frente al 25% que no y el 10% que sólo recordaba algunas. Un 10% señaló no haberlas recibido.

En relación a la búsqueda de información sobre la enfermedad y tratamientos, sólo un 20% de los pacientes buscó información relacionada con la enfermedad y un 7,7% con el tratamiento. En ambos casos, los pacientes señalaron la concordancia de la información hallada con la proporcionada por el médico.

En el grupo experimental, todos los pacientes recuerdan el diagnóstico. Sin embargo, el pronóstico lo recuerda un 36% frente al 20% que no, y un 30% que dice no haberlo recibido. Con respecto al tratamiento, en relación al tipo, su administración y efectos secundarios casi el 100% de los pacientes lo recordaban y un 90% recordaba el lugar donde les iba a ser administrado. Además, un 42% recordaba todas las recomendaciones médicas, frente al 30% que no y el 14% que sólo recordaba algunas. Un 14% señaló no haberlas recibido.

En relación a la búsqueda de información sobre la enfermedad y tratamientos, sólo un 30,6% de los pacientes buscó información relacionada con la enfermedad y un 12,2 % con el tratamiento. En ambos casos, los pacientes señalaron la concordancia de la información hallada con la proporcionada por el médico, excepto un 4,1% y un 2% de los pacientes, respectivamente.

#### **B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

Todas las pacientes recuerdan y conocen el diagnóstico de su enfermedad. De las 57 pacientes de las que se conoce si recuerdan su pronóstico o no, el 92,89% manifiestan recordarlo.

Un alto porcentaje de personas no han buscado obtener más información sobre su enfermedad (60,3%), sólo lo hace un 39,7%, y todas ellas obtuvieron información compatible con la recibida por el médico.

Con respecto a la información proporcionada por el oncólogo en relación a los tratamientos que se les va administrar, un alto porcentaje de pacientes (89,7%) la recuerda

(tanto lo referente a en qué consiste (92,5%) como en lo que respecta a los efectos secundarios que puede tener (98,5%). Pocas pacientes han buscado información alternativa sobre el tratamiento que van a recibir (23,52%) y de ellas, el 93,75% manifestaron que no habían obtenido información contradictoria a la recibida por el médico.

En cuanto al recuerdo de las recomendaciones del médico de cara al tratamiento, esto sólo se conoce en 58 pacientes. De ellas, el 31,03% manifiesta no recordarlas, 12,06% sólo recuerda algunas, y el 56,89% las recuerda todas.

Todas las pacientes recuerdan la entrega de la tarjeta cada vez que acudan al servicio de oncología, aunque sólo el 75% recuerda el lugar donde les será administrado el tratamiento de quimioterapia.

En el grupo control, todas las pacientes recuerdan y conocen el diagnóstico de su enfermedad. Un 74,3% recuerda el pronóstico y un 11,4% informa de no conocerlo y un 5,7% de no haberlo recibido.

Un alto porcentaje de personas no han buscado obtener más información sobre su enfermedad (63,3%). Sólo lo hace un 36,7%, obteniendo información compatible con la recibida por el médico.

Con respecto a la información proporcionada por el oncólogo en relación a los tratamientos que se les va administrar, un alto porcentaje de pacientes (88,6%) la recuerda, tanto lo referente a en qué consiste (88,2%) como en lo que respecta a los efectos secundarios que puede tener (97,1%). Pocas pacientes han buscado información alternativa sobre el tratamiento que van a recibir (22,9%) y de ellas, el 87,3% manifiesta que no han obtenido información contradictoria a la recibida por el médico. En relación al recuerdo de las recomendaciones del médico de cara al tratamiento, el 20% manifiesta no recordarlas, 17,1% sólo recuerda algunas, y el 45,7% las recuerda todas. Un 17,1% asegura no haberlas recibido.

Todas las pacientes recuerda la entrega de la tarjeta cada vez que acudan al servicio de oncología, aunque un 25,7% no recuerda el lugar donde les será administrado el mismo.

En el grupo experimental, todas las pacientes recuerdan y conocen el diagnóstico de su enfermedad. Un 81,1% recuerda el pronóstico y un 12,1% informa de no haberlo recibido. En el resto de los pacientes se desconoce este dato.

Un 57,6% no han buscado obtener más información sobre su enfermedad, y las que lo hicieron obtuvieron información compatible con la recibida por el médico.

Con respecto a la información proporcionada por el oncólogo en relación a los tratamientos que se les va administrar, un alto porcentaje de pacientes (90,9%) la recuerda (tanto lo referente a en qué consiste (97%) como en lo que respecta a los efectos secundarios que puede tener (100%). Pocas pacientes han buscado información alternativa sobre el tratamiento que van a recibir (24,2%) y todos ellas, obtuvieron información concordante a la recibida por el médico. En relación al recuerdo de las recomendaciones del médico de cara al tratamiento, el 33,3% manifiesta no recordarlas, 3% sólo recuerda algunas, y el 51,5% las recuerda todas. Un 12,1% asegura no haberlas recibido.

Todas las pacientes recuerda la entrega de la tarjeta cada vez que acudan al servicio de oncología, aunque un 24,2% no recuerda el lugar donde les será administrado el tratamiento.

### **8.1.6 Valoraciones globales y puntuaciones en las subescalas del cuestionario QLQ-C30 y módulos específicos (LC13 y BR23).**

#### *A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN*

En las tablas incluidas en el Anexo III (tablas: 1, 6, 9, 15, 18, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 59, 64, 69, 72, ) se muestran los estadísticos descriptivos calculados sobre las valoraciones realizadas por el paciente (Estado General y Estado de Salud), valoraciones realizadas por el médico (Índice de Karnofsky y Calidad de Vida del paciente) y los calculados sobre las subescalas del cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 y sus módulo específico de cáncer de pulmón (LC-13). En ellas se presentan las respuestas emitidas por los pacientes que respondieron en cada uno de los momentos. Se observa, que a pesar disponer inicialmente de 40 pacientes en el GC y 50 en el GE, ni siquiera se dispone de la medida de todo el grupo en el registro de la primera medición, aún más, ni siquiera la cantidad de respuestas es la misma en todas las variables. Se aprecia que en ambos grupos, conforme avanzan las sesiones se disponen de menos medidas. Lo que sucede con estos enfermos, de modo distinto a lo que sucede con los enfermos de mama, es que en muchos casos el abandono es obligado, ya por muerte, ya por ingreso en hospital o empeoramiento del estado físico. En esta muestra, una respuesta no emitida es indicativo, casi seguro, no de una puntuación faltante (missing) de modo aislado, o de un abandono voluntario (como sucede en varias ocasiones en la muestra de enfermos de cáncer de mama), sino un abandono obligado en toda regla, y esta va a ser una característica constante en la mayoría de las variables registradas.

En la tabla 7.1 apreciamos que es entre la primera y tercera medida cuando más pacientes se pierden de la muestra (especialmente entre la primera y segunda medida), en concreto el 70% en el G.C (35% no quiere continuar, 32,5% muere y el 17,5% por empeoramiento de la enfermedad) y, el 63,8% en el GE (46,8% no quiere continuar, 21,27% muere y el 29,7% por empeoramiento de la enfermedad) (tabla 7.2)

#### *B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA*

En las tablas incluidas en el Anexo III (tablas: 77, 82, 85, 91, 94, 97, 102, 107, 112, 117, 122, 127, 132, 137) se muestran los estadísticos descriptivos de las valoraciones realizadas por el paciente (Estado General y Estado de Salud), valoraciones realizadas por el médico (Índice de Karnofsky y Calidad de Vida del paciente) y los calculados sobre las del cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 y sus módulo específico de cáncer de mama (BR-23). En ellas se presentan las respuestas emitidas por los pacientes que respondieron en cada uno de los

momentos. Observamos que, pese a disponer, inicialmente, de 35 pacientes en el GC y 33 en el GE, ni siquiera se dispone de la medida de todo el grupo en el registro de la primera medición. Observamos que en ambos grupos, conforme avanzan las sesiones se disponen de menos medidas. En esta muestra, una respuesta no emitida es indicativo, casi seguro, a diferencia de la muestra de pulmón, de una puntuación faltante (missing) de modo aislado, o de un abandono voluntario.

En la tabla 7.3 apreciamos que es entre la primera y tercera medida cuando más pacientes se pierden de la muestra, en concreto el 50% en el GC (65% no quiere continuar y un 15 % por empeoramiento de la enfermedad) y también el 50% en el GE (83,3% no quiere continuar) (tabla7.4).

### **8.1.7 Estado emocional evaluado mediante el HADS**

#### *A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN*

En la tabla 10 incluida en el Anexo III se muestran los estadísticos descriptivos calculados sobre las puntuaciones en las subescalas del HADS. En ella se presentan las respuestas emitidas por los pacientes que respondieron en cada uno de los momentos. Se observa como al igual que ocurre con las valoraciones de calidad de vida, que a pesar disponer inicialmente de 40 pacientes en el GC y 50 en el GE, ni siquiera se dispone de la medida de todo el grupo en el registro de la primera medición, aún más, ni siquiera la cantidad de respuestas es la misma en ambas variables. Se aprecia que en ambos grupos, conforme avanzan las sesiones se disponen de menos medidas. Tal como ya se comentó, lo que sucede con estos enfermos, de modo distinto a lo que sucede con los enfermos de mama, es que en muchos casos el abandono es obligado por muerte, por ingreso en el hospital o empeoramiento del estado físico. En esta muestra, una respuesta no emitida es indicativo, casi seguro, no de una puntuación faltante (missing) de modo aislado, o de un abandono voluntario (como sucede en varias ocasiones en la muestra de enfermos de cáncer de mama), sino un abandono obligado en toda regla, y esta va a ser una característica constante en la mayoría de las variables registradas.

En la tabla 7.1 apreciamos que es entre la primera y tercera medida cuando más pacientes se pierden de la muestra (especialmente entre la primera y segunda medida), en concreto el 70% en el G.C (35% no quiere continuar, 32,5% muere y el 17,5% por empeoramiento de la enfermedad) y el 63,8% en el GE (46,8% no quiere continuar, 21,27% muere y el 29,7% por empeoramiento de la enfermedad) (tabla 7.2).

**B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

En la tabla 86 incluida en el Anexo III se muestran los estadísticos descriptivos calculados sobre las puntuaciones en las subescalas del HADS. En ellas se presentan las respuestas emitidas por los pacientes que respondieron en cada uno de los momentos. Se observa que, como al igual que ocurre con las valoraciones de calidad de vida, pese a disponer, inicialmente, de 35 pacientes en el GC y 33 en el GE, ni siquiera se dispone de la medida de todo el grupo en el registro de la primera medición. Se observa que en ambos grupos, conforme avanzan las sesiones se disponen de menos medidas. En esta muestra, una respuesta no emitida es indicativo, casi seguro, a diferencia de la muestra de pulmón, de una puntuación faltante (missing) de modo aislado, o de un abandono voluntario.

En la Tabla 7.3 apreciamos que es entre la primera y tercera medida cuando más pacientes se pierden de la muestra, en concreto el 50% en el GC (65% no quiere continuar y un 15 % por empeoramiento de la enfermedad) y también el 50% en el GE (83,3% no quiere continuar) (tabla 7.4).

## **8.2 Estudio de la equivalencia de ambos grupos, en cada tipo de tumor, en las variables sociodemográficas, clínicas, valoraciones globales realizadas por el paciente y en las subescalas del cuestionario HADS.**

### **A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN**

Se pone a prueba la hipótesis de que los grupos experimental y control son equivalentes antes de la aplicación del tratamiento.

#### **8.2.1 Características sociodemográficas**

La media de edad en los pacientes del GC es de 60,92 (DT=8,33) y en el GE 61,57 (DT=9,57), la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas no resulta estadísticamente significativa y tampoco resulta estadísticamente significativa la diferencia de medias de edad entre ambos grupos mediante el estadístico *F* de Fisher. Por tanto, parece que ambos grupos son equivalentes.

El resto de las variables, tampoco han mostrado estar relacionadas con la variable grupo, el análisis llevado a cabo mediante el uso de Tablas de contingencia no ha permitido en ningún caso el rechazo de la  $H_0$ , por tanto, podemos concluir que los grupos son equivalentes. Sin embargo, la excepción es la variable sexo. Con respecto a esto, es necesario señalar que en el grupo control sólo 4 pacientes son mujeres, frente a 13 en el grupo experimental. A pesar, de que el estadístico exacto de Fisher permite aceptar la ausencia de dependencia entre ambas variables ( $p=0,063$  bilateral) lo que supondría la equivalencia de los grupos, debido al hecho de que una de las casillas tiene una frecuencia inferior a 5 hay que tomar el resultado con precaución.

#### **8.2.2 Características clínicas**

A priori, no es relevante el hecho de haber sido operados o no y el haber recibido radioterapia o no, debido a que la gran mayoría de los pacientes no han sido sometidos a estos procedimientos.

Con respecto al tiempo que han tardado en acudir al oncólogo, el hecho de haber sido asignados los pacientes aleatoriamente a los grupos Experimental y Control ha permitido que las mismas características observadas en el total de los pacientes se conserven en ambos grupos. Esta variables, presentan la misma distribución en ambos grupos ( $Z_{KS} = 1,097$ ;  $p=0,180$ ) y son comparables en su variabilidad ( $RE_{Mo} = 77$ ;  $p=0,317$ ;  $RE_{Mr} = 72$ ;  $p=0,353$ ). Así, se distribuye de modo no normal y con una asimetría positiva, en ambos, GE ( $K-S_L=0,223$ ;  $gI=48$ ;  $p=0,000$ , cuatro casos extremos), ( $M_n = 7$ ;  $M_x = 545$ ;  $R=538$  días), ( $P_{25}= 60$ ;  $P_{50}= 110$ ;  $P_{75}= 150$ ) y

GC ( $K-S_L=0,279$ ;  $gI=33$ ;  $p=0,000$ ; cinco casos extremos), ( $M_n = 21$ ;  $M_x = 365$ ;  $R=344$  días), ( $P_{25}=42,5$ ;  $P_{50}= 60$ ;  $P_{75}= 130$ ).

Como ya se expuso, el tipo de tumor microcítico y los subtipos no microcíticos con adenocarcinoma y epidermoide fueron los más abundantes. De igual modo que los estadios IIIA, IIIB y IV (en los tumores no microcíticos) y L y E (en los tumores microcíticos). Por ello, la hipótesis de independencia entre la variable Grupo (GE y GC) y las variables tipo de tumor y estadio sólo se lleva a cabo teniendo en cuenta estos niveles más abundantes. Así, se observa que existe independencia entre ambas variables y la variable grupo. El valor de los estadísticos son con respecto a la variable tipo de tumor ( $\chi^2= 3,084$ ;  $gI= 2$ ;  $Cg= 0,189$ ;  $p= 0,214$ ), y con respecto a los estadios ( $\chi^2= 0,553$ ;  $gI= 3$ ;  $Cg= 0,086$ ;  $p= 0,907$ ).

En conclusión, los grupos son equivalentes antes de la aplicación del tratamiento en cuanto a las variables sociodemográficas y características propias de la enfermedad. Es necesario no obstante, tener precaución con la variable sexo debido a lo señalado anteriormente.

### **8.2.3 Valoraciones globales realizadas por el paciente y puntuaciones en las subescalas del cuestionario HADS.**

Para demostrar la equivalencia de ambos grupos en las variables de interés, que permita poner a prueba la efectividad del tratamiento y estudiar el curso o evolución de las variables, se ponen a prueba las siguientes hipótesis teniendo en cuenta las características de estos pacientes, especialmente en relación a la pérdida de muestra:

Hipótesis 1: Considerando sólo la primera medida:

a) si las medias en las variables de interés fueron estadísticamente iguales en ambos grupos, GC y GE, sólo considerando los pacientes que emiten únicamente la primera medida. La no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos pondría de manifiesto que ambos grupos son comparables.

b) si las medias en las variables de interés fueron estadísticamente iguales en ambos grupos, GC y GE, considerando a los pacientes que no abandonan, es decir, registran 2 o más medidas. Comparando las medias entre ambos grupos en este momento (primera medida), tampoco se deberían de encontrar diferencias entre los grupos.

Hipótesis 2: Considerando las dos primeras medidas: si las medias en las variables de interés, en la primera medida y la segunda medida, fueron estadísticamente iguales en ambos grupos, GC y GE, considerando a los pacientes de los que se disponen las dos primeras medidas, independientemente de que abandonen o no en las sesiones siguientes. Esto se puede llevar a cabo de dos modos, o mediante un análisis de medidas parcialmente repetidas observando la interacción, o mediante un análisis de la Covarianza. Se decide estudiar este aspecto mediante el segundo procedimiento. Debido a la posibilidad de que el tratamiento haya tenido poco efecto en sólo dos sesiones y a la gravedad de los pacientes, no se espera un cambio sustancial entre ambas medidas.



Hipótesis 1:

a) Entre los pacientes que sólo registraron la primera medida no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Experimental y Control con respecto a las variables Estado General ( $Lv=5,82$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=34$ ,  $p=0,021$ ), ( $F_{BF}=1,414$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=24,42$ ;  $p=0,246$ ), Estado de Salud ( $Lv=0,121$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=33$ ,  $p=0,730$ ), ( $F=0,309$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=33$ ;  $p=0,582$ ) (Tabla D2), Ansiedad (HAD-A) ( $Lv=2,75$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=32$ ,  $p=0,107$ ), ( $F=6,14$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=32$ ;  $p=0,019$ ) ni Depresión (HAD-D) ( $Lv=3,409$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=32$ ,  $p=0,074$ ), [ $F_{BF}=2,33$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=22,653$ ;  $p=0,140$ ]. Esto es, los sujetos que se pierden en este momento tienen las mismas características en ambos grupos, GE y GC en estas cuatro variables.

b) Tampoco se registraron diferencias con respecto a la primera medida en aquellos pacientes que tienen de dos medidas en adelante en las variables: Estado General ( $Lv=3,27$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=47$ ,  $p=0,077$ ), ( $F=1,765$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=47$ ;  $p=0,190$ ); Estado de Salud ( $Lv=0,534$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=47$ ,  $p=0,469$ ), ( $F=0,156$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=47$ ;  $p=0,695$ ), Ansiedad (HAD-A) ( $Lv=0,670$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=38$ ,  $p=0,418$ ), ( $F=1,67$   $gl_1=1$ ,  $gl_2=38$ ;  $p=0,204$ ); ni Depresión (HAD-D) ( $Lv=2,79$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=38$ ,  $p=0,103$ ), ( $F=1,447$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=38$ ;  $p=0,236$ ). Esto es, los sujetos que permanecen manifiestan las mismas características con respecto a la primera medida en ambos grupos

Hipótesis 2:

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la primera medida entre ambos grupos en ninguna de las 4 variables anteriores (por lo tanto no hizo falta realizar el análisis de la Covarianza para examinar la existencia de diferencias en la segunda medida). Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de ambos grupos en la segunda medida en ninguna de las cuatro variables.

En conclusión, se puede sostener que los grupos son equivalentes antes de la aplicación del tratamiento en estas variables.

**B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

**8.2.4 Características sociodemográficas:**

La media de edad en los pacientes del GC es de 55,485 (DT=12,091) y en el GE 52,575 (DT=12,48), la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas no resulta estadísticamente significativa y tampoco resulta estadísticamente significativa la diferencia de medias de edad entre ambos grupos mediante el estadístico *F* de Fisher.

El resto de las variables, tampoco ha mostrado estar relacionadas con la variable grupo, el análisis llevado a cabo mediante el uso de Tablas de contingencia no ha permitido en ningún caso el rechazo de la *H*<sub>0</sub>, por tanto los grupos son equivalentes.

### 8.2.5 Características clínicas:

Se destaca en el tiempo transcurrido hasta la consulta con el oncólogo. El hecho de haber sido asignados los pacientes aleatoriamente a los grupos Experimental y Control ha permitido que las mismas características en el total de los pacientes se conserven en ambos grupos. En ambos grupos, como ya se comentó, esta variable se distribuye de modo no normal. Estadísticamente se comprueba que presentan una distribución igual ( $Z_{KS} = 0,558$ ;  $p=0,815$ ) y comparable variabilidad ( $RE_{M0} = 48$ ;  $p=0,047$ ;  $RE_{Mr} = 48$ ;  $p=0,449$ ). Si bien, la diferencia entre ambos grupos tanto en variabilidad como en la forma de la distribución de debe a que aleatoriamente los pacientes que tardaron 780 días y 390 días en acudir al oncólogo fueron asignados al grupo experimental. Sin embargo, como hemos comprobado, estos resultados no son estadísticamente significativos.

En lo que respecta al tipo de tumor, no es necesario demostrar estadísticamente que los pacientes están igualmente repartidos entre los grupos Experimental y Control. Además, se observa que existe independencia entre la variable Grupo (GC/GE) y las variables estadio y haber sido operados o no. El valor de los estadísticos son con respecto a la variable estadio ( $\chi^2=0,064$ ;  $gl= 2$ ;  $Cg= 0,031$ ;  $p=0,964$ ), y con respecto a la variable haber sido operada o no ( $\chi^2= 1,415$ ;  $gl= 2$ ;  $Cg=0,143$ ;  $p=0,493$ ).

En conclusión, los grupos son equivalentes antes de la aplicación del tratamiento en cuanto a las variables sociodemográficas y características propias de la enfermedad.

### 8.2.6 Valoraciones globales realizadas por el paciente y puntuaciones en las subescalas del cuestionario HADS.

Puesto que para poner a prueba efectividad del tratamiento y estudiar el curso o evolución de las variables de interés, es necesario demostrar que ambos grupos (GC/ GE) son iguales estadísticamente en las variables, y debido a las características de los pacientes de cáncer de mama, es necesario poner a prueba las siguientes hipótesis para confirmar dicha equivalencia entre ambos:

Hipótesis 1. Los pacientes que abandonan en ambos grupos antes de concluir el tratamiento (cuentan con 5 registros o menos), GC y GE, tienen la misma medida inicial. Esto se realiza comparando las medidas iniciales en ambos grupos de aquellos que abandonan.

Hipótesis 2. Los pacientes que permanecen las 6 medidas del tratamiento son iguales con respecto a la medida inicial en ambos grupos, GC y GE. Esto se realiza comparando las medidas iniciales en ambos grupos de aquellos que no abandonan.

Hipótesis 1:

Los pacientes que abandonan antes de concluir las 6 sesiones de tratamiento no manifiestan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la primera medida entre el GC y el GE en las variables: Estado General ( $Lv=0,070$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ,  $p=0,793$ ), ( $F =1,21$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ;

$p=0,284$ ); Estado de Salud ( $Lv=0,004$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ,  $p=0,953$ ), ( $F=0,333$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ;  $p=0,567$ ); Ansiedad (HAD-A) ( $Lv=1,583$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=29$ ,  $p=0,218$ ), ( $F=0,062$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=29$ ;  $p=0,805$ ); ni Depresión (HAD-D) ( $Lv=0,405$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=29$ ,  $p=0,53$ ), ( $F=0,324$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=29$ ;  $p=0,574$ ). Esto es, los sujetos que abandonan antes de concluir las 6 sesiones de tratamiento tienen las mismas características en ambos grupos, GC y GE, en estas cuatro variables.

Hipótesis 2:

Los pacientes que completan las respuestas a lo largo de los seis ciclos de tratamiento no manifiestan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la primera medida entre el GC y el GE en las variables: Estado General ( $Lv=0,304$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=36$ ,  $p=0,585$ ), ( $F=1,042$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=36$ ;  $p=0,314$ ); Estado de Salud ( $Lv=0,082$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=36$ ,  $p=0,777$ ), ( $F=0,514$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=36$ ;  $p=0,478$ ); Ansiedad (HAD-A) ( $Lv=0,052$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ,  $p=0,821$ ), ( $F=0,131$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ;  $p=0,720$ ); y Depresión (HAD-D) ( $Lv=3,308$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ,  $p=0,081$ ), ( $F=2,798$ ;  $gl_1=1$ ,  $gl_2=25$ ;  $p=0,107$ ). Esto es, los sujetos que permanecen durante las 6 sesiones de tratamiento tienen las mismas características en ambos grupos, GC y GE, en estas cuatro variables.

En conclusión, con estas variables no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con lo que se puede concluir que ambos grupos son equivalentes.

### 8.3 Estudio de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE), en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento.

La intención ha sido examinar conjuntamente si ha habido diferencias estadísticamente significativas bien entre los grupos, bien a través del tiempo, o si la interacción es la fuente de variación importante.

Los resultados se presentan en las tablas recogidas en el Anexo III. Además, se presentan en las figuras (8.1- 8.70) expuestas a continuación la evolución de las medias estimadas de los grupos cuando hubo significación estadística y la evolución de las medias brutas junto con sus desviaciones típicas cuando no la hubo.

#### A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

· Valoraciones globales efectuadas por el paciente

- Estado general percibido (EG).

En la tabla 1 (Anexo III) se muestran los estadísticos descriptivos. Se aprecia de modo muy claro cómo el GC no varía su percepción acerca de su estado general y el GE mejora esta percepción conforme avanzan las sesiones. Los percentiles también son más elevados en el GE y la variabilidad en la medida menor. Tanto el MLG como el MLM (tablas 2 y 3; Anexo III) convergen en que la variable intra-sujeto tiempo es estadísticamente significativa. Sin embargo, es más coherente con la observación del avance de las medidas y de las varianzas que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p=0,02$ , tabla 3) y que se percibe una tendencia cuadrática en los datos ( $p=0,009$ , tabla 2), de hecho, en el registro del primer seguimiento el nivel de su percepción general desciende.

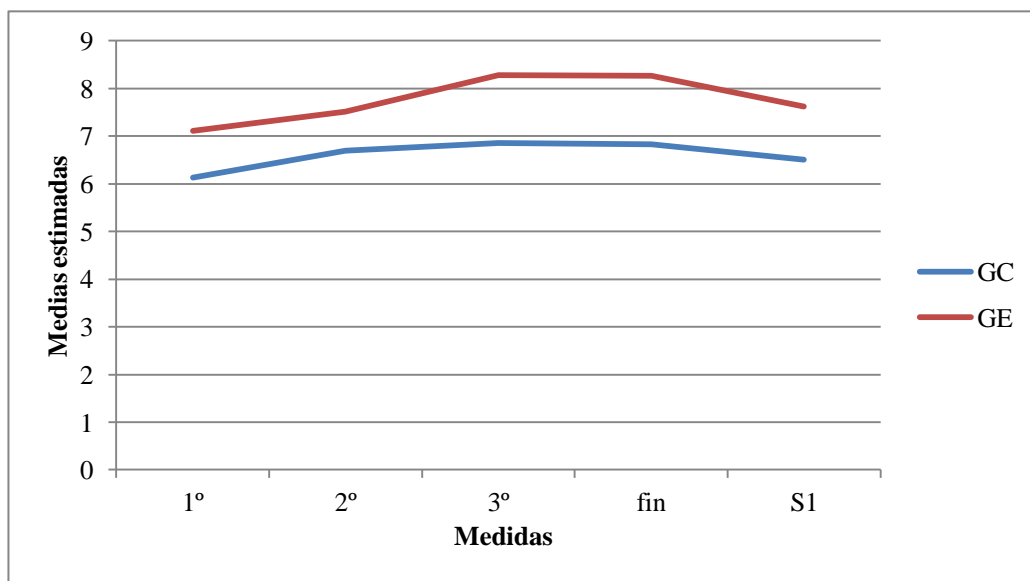


Figura 8.1: Evolución de las medias estimadas en el EG hasta el primer seguimiento.

- Estado de Salud Percibido (ES).

En la misma tabla 1 también se aprecia que el GE mejora paulatinamente conforme avanzan las sesiones en la percepción de su salud. En el GC, esta percepción apenas varía de sesión a sesión. Los percentiles de las medidas en los diferentes momentos son más elevados en el GE y las desviaciones típicas menores. Tanto el MLG (tabla 4; Anexo III) como el MLM (tabla 5; Anexo III) convergen en la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la variable intra-sujeto tiempo que indicaría mejores valoraciones a lo largo del mismo. Sin embargo, observando las medidas nos damos cuenta de que el GE mejora y el GC, se mantiene o empeora, y esta interacción que se intuye entre la variable grupos y la variable tiempo no se observa estadísticamente quizás por falta de potencia de prueba debido a la enorme pérdida de muestra conforme avanzan las sesiones.

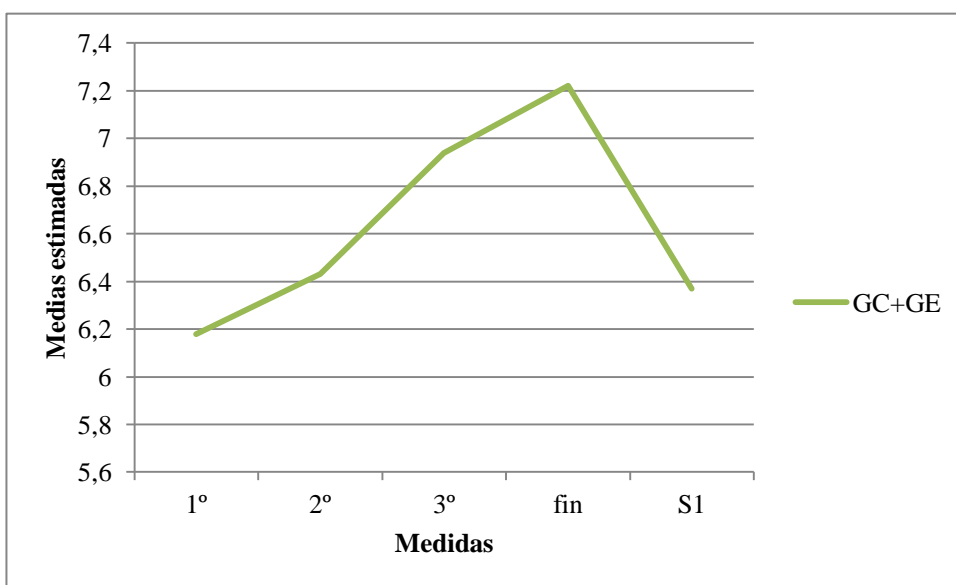


Figura 8.2: Evolución de las medias estimadas en el ES hasta el primer seguimiento.

· Valoraciones globales efectuadas por el médico:

- Índice Karnofky:

En la tabla 6 (Anexo III) se aprecia cómo la valoración médica se halla en torno a 85/86 en ambos grupos. También, puede observarse un leve descenso de las puntuaciones a lo largo del tiempo prácticamente igual en ambos grupos, aunque de modo muy sutil, parece que la valoración es mejor para los pacientes del GE (también la desviación típica es menor). Ni el MLG (tabla 7; Anexo III) ni el MLM (tabla 8; Anexo III) detectan diferencias entre los grupos, pero de modo más claro el MLM, sí aprecia este cambio a través del tiempo.

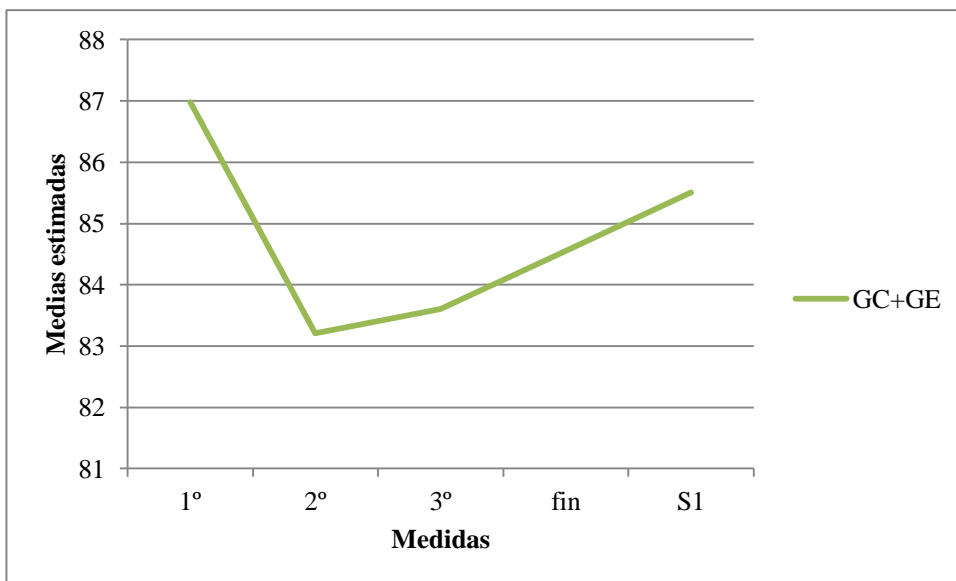


Figura 8.3: Evolución de las medias estimadas del IK hasta el primer seguimiento.

- Calidad de vida (CV):

En la tabla 9 (Anexo III) se observa como al inicio del tratamiento ambos grupos, GC y GE, presentan medias muy similares y bastante elevadas, entre 8 y 9. Esto parece indicar una buena CV estimada por el médico. También se puede observar como la desviación típica es pequeña y muy similar en ambos grupos.

Al finalizar el tratamiento, la CV estimada en el GC es ligeramente inferior a la estimada inicialmente, en cambio, en el GE es ligeramente superior. Con respecto a la desviación típica, ésta incrementa ligeramente en el GC y disminuye ligeramente en el GE, lo que indica más homogeneidad en este grupo.

Se aprecia una pérdida de pacientes muy elevada en ambos grupos, y en mayor proporción en el G.E (5,76% frente a 3,2%).

El análisis mediante el estadístico de medias sobre el cambio experimentado entre el pre y post, unido a los análisis mediante *t de Student* para comprobar la diferencia de medias de ambos grupos en la medida inicial, muestra que no existen diferencias iniciales entre los grupos y, que el cambio experimentado entre la valoración inicial y la valoración final en ambos grupos es igual. Con ánimo de saber si ese cambio es estadísticamente significativo en el conjunto de ambos grupos, mediante el análisis de medidas parcialmente repetidas se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna fuente de variación. Por tanto, la estimación efectuada por el médico es igual estadísticamente para ambos grupos en ambos momentos temporales. (tabla 9; Anexo III)

· Subescalas del Cuestionario HADS:

-Ansiedad (HAD-A) y Depresión (HAD-D):

En la tabla 10 (Anexo III) se observa como las puntuaciones medias de ambos grupos no indican sintomatología ansiosa y depresiva con significación clínica (puntuaciones medias < 7). El GE experimenta, en ambas variables, un descenso paulatino a lo largo de las sesiones de registro en el tiempo, una mejoría que no parece experimentar el GC. Aunque el MLG no capta este aspecto, debido quizás al desgaste paulatino de la muestra, el MLM sí lo detecta (ver tablas 11,12,13,14; Anexo III).

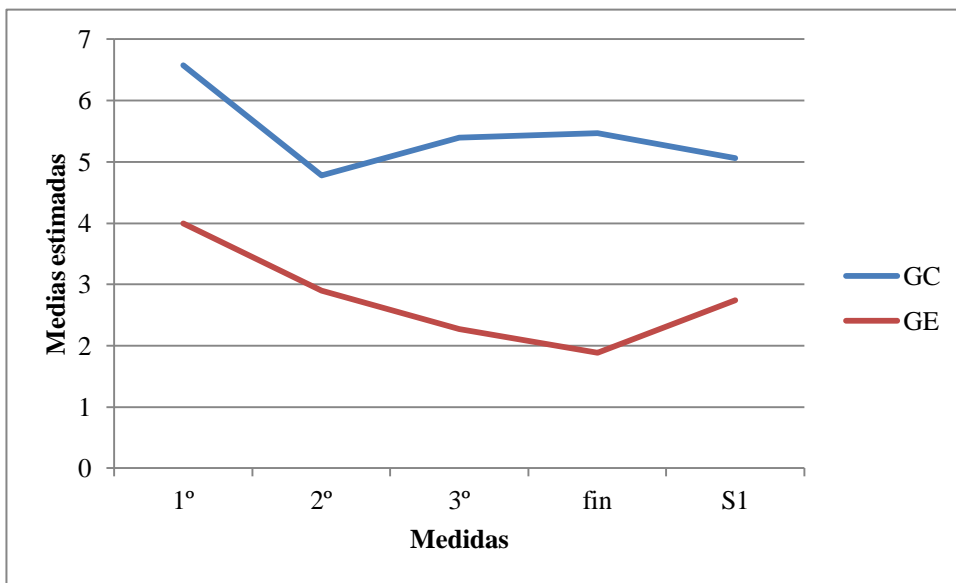


Figura 8.4: Evolución de las medias estimadas en la subescala HAD-A hasta el primer seguimiento.

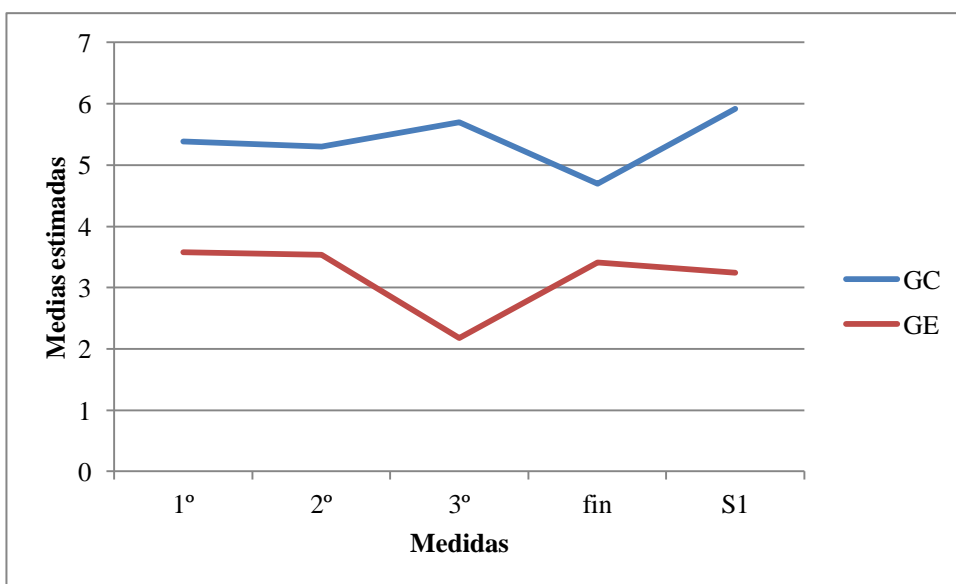


Figura 8.5: Evolución de las medias estimadas en la subescala HAD-D hasta el primer seguimiento.

· Subescalas del cuestionario QLQ-C30 y módulo específico LC-13

- Estatus Global de Calidad de vida (QoL):

Se observa (tabla 15; Anexo III), en ambos grupos, cómo en la segunda medida su estimación de calidad de vida mejora con respecto a la observada inicialmente y como luego empeora. Ambos grupos presentan puntuaciones muy similares (entre 60 y 70), sin embargo, mientras que en el GC las puntuaciones tienden a mantenerse, o incluso mejoran, en el GE parece que la tendencia es a empeorar. Una vez terminadas las sesiones de quimioterapia, en el primer seguimiento, la calidad de vida sigue empeorando en el GE, y sigue manteniéndose mejor en el GC, pero, más allá del primer seguimiento, el GE mejora y el GC parece empeorar. El examen de los estadísticos descriptivos nos indican, en general, que el GE experimenta mayor calidad de vida que el GC, especialmente en los seguimientos, dado que los percentiles también son más bajos, y los pacientes permanecen más tiempo asistiendo al registro de las medidas (se pierde menos muestra que en el GC). También, si observamos las desviaciones típicas, advertimos que son menores en el GE, esto es, la variabilidad en las medidas es inferior en el GE que en el GC, lo que sugiere que el efecto del tratamiento se nota de modo general en el conjunto del GE.

En las tablas 16 y 17 (Anexo III) se exponen los resultados del MLG y MLM respectivamente. Ambos análisis convergen y no se hallan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las fuentes de variación.

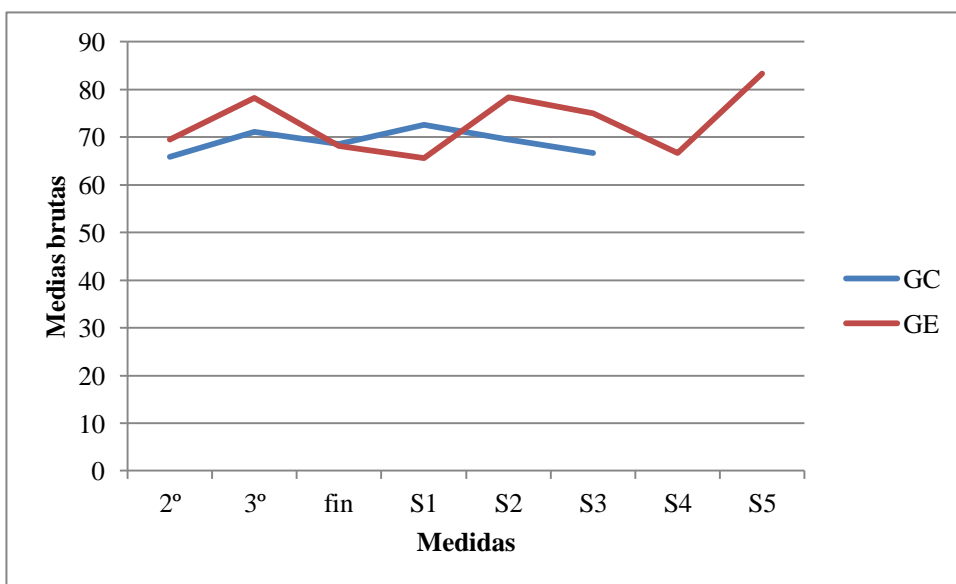


Figura 8.6: Evolución de las medias brutas en la subescala QoL hasta el quinto seguimiento



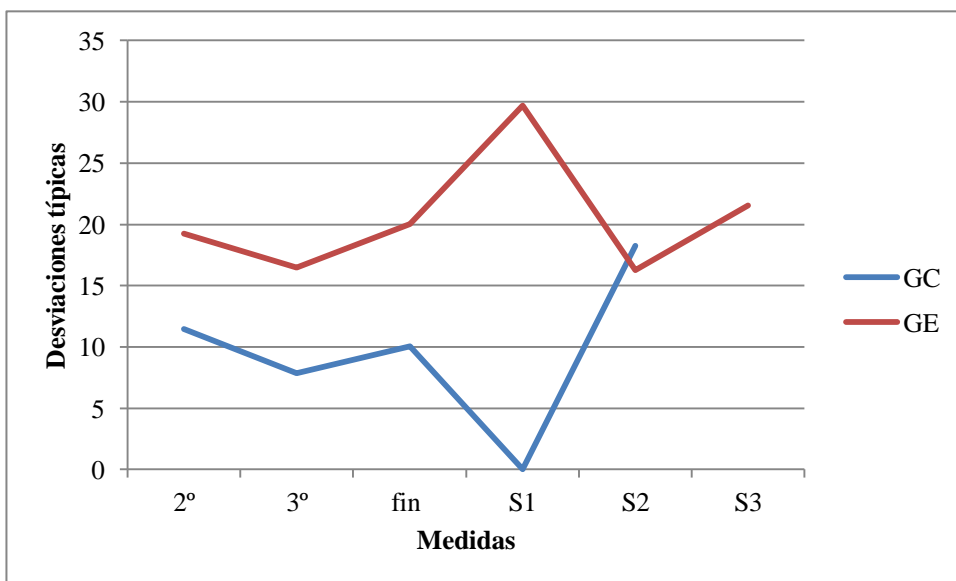


Figura 8.7: Desviaciones típicas en la subescala QoL

- Funcionamiento físico (PF):

En la tabla 18 (Anexo III) se observa lo siguiente, de una parte, que el GC inicialmente (segunda sesión) muestra un funcionamiento físico peor ( $M=61,82$ ) que el GE ( $M=71,30$ ), y progresivamente experimenta una mejoría hasta alcanzar el nivel que el GE muestra al inicio. De otra parte, en el GE sucede lo contrario. Inicialmente muestra un funcionamiento físico bueno para después empeorar progresivamente (puntuaciones medias  $< 70$ ). La observación de los percentiles muestra perfectamente este mismo comportamiento. Esta interacción entre ambos grupos, que se intuye observando los estadísticos descriptivos, no se aprecia en el análisis del MLM (tabla 20; Anexo III), sin embargo, aunque tímidamente, resulta estadísticamente significativa el examen de la tendencia para la fuente de variación de la interacción en el MLG (tendencia cuadrática,  $p= 0,078$ ; tabla 19 Anexo III). Conviene, no perder de vista las medidas estimadas en los distintos momentos que nos ofrece tanto el MLG como el MLM. En ambos, aunque quizás se observa mejor en las ofrecidas por el MLG, se aprecia cómo el GC empeora en la segunda medida y prácticamente se mantiene así hasta el final. El GE sin embargo, experimenta una mejoría muy clara en la segunda medida respecto del primer registro efectuado, pero que progresivamente va perdiendo (empeorando).

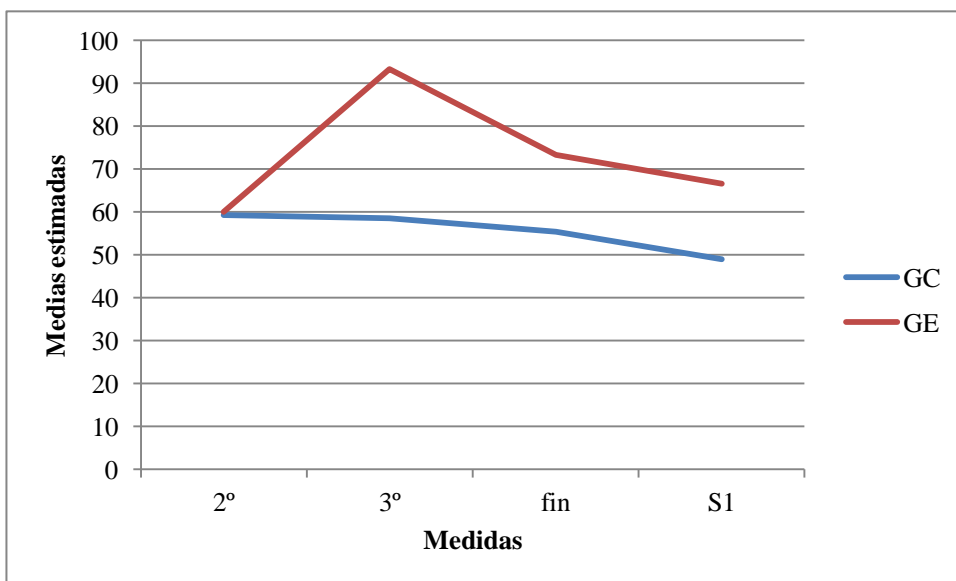


Figura 8.8: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala PF hasta el primer seguimiento.

-Funcionamiento Emocional (EF)

En la tabla 21 (Anexo III), se observa que las puntuaciones en el GC se hallan por debajo de 80 mientras que en el GE se hallan por encima de 80 e incluso de 90. En cuanto a la tendencia parece que mientras que en el GC se observa un empeoramiento inicial con tendencia recuperarse al final y en el seguimiento, en el GE ocurre lo contrario, hay una mejoría inicial con tendencia a empeorar. De los análisis realizados únicamente el MLM aprecia diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p=0,06$ ) (tabla 23; Anexo III).

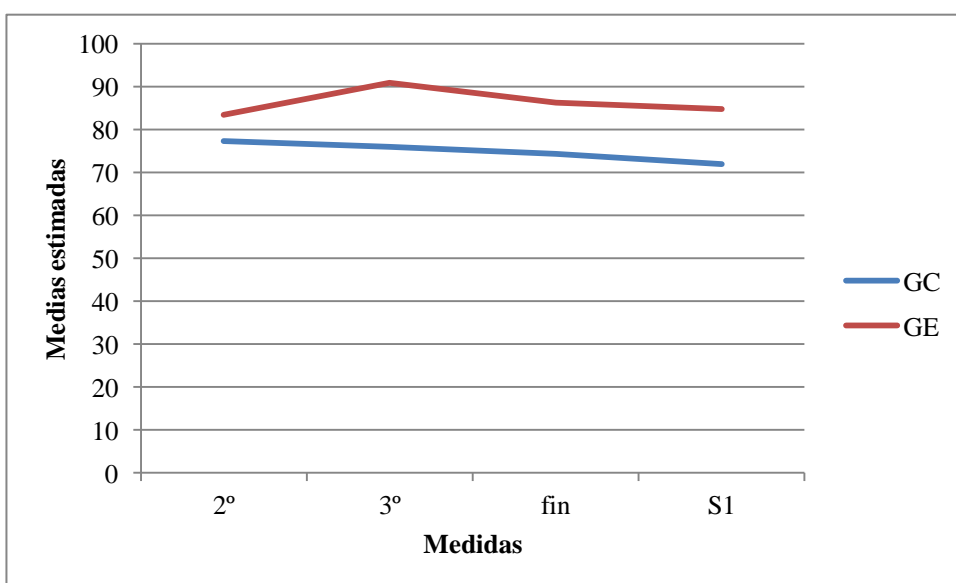


Figura 8.9: Evolución de las medias estimadas en la subescala EF hasta el primer seguimiento.

- Funcionamiento Cognitivo (CF):

En la tabla 21 (anexo III) se observa como las puntuaciones del GC se hallan por encima de 90 durante el tratamiento de quimioterapia y cercanas a éste en el seguimiento. En el GE, aunque la puntuación inicial está próxima a 90 en el resto de medidas se halla por encima alcanzando 100 en el seguimiento. En cuanto a la tendencia de las puntuaciones, el GC se mantiene, empeorando en el seguimiento, y el GE mejora en el tiempo. Este aspecto lo detecta el MLG destacando una interacción estadísticamente significativa ( $p=0,033$ ), y una tendencia Lineal ( $p=0,021$ ) estadísticamente significativa (tabla 24; anexo III). El MLM también detecta esta interacción estadísticamente significativa aunque muy débil ( $p=0,09$ ) (tabla 25; Anexo III).

Además, del mismo modo que se ha hallado en otras variables, es destacable, cómo los pacientes que están en el GE son mucho más homogéneos en sus respuestas que los pacientes que están en el GC (tabla 21; Anexo III).

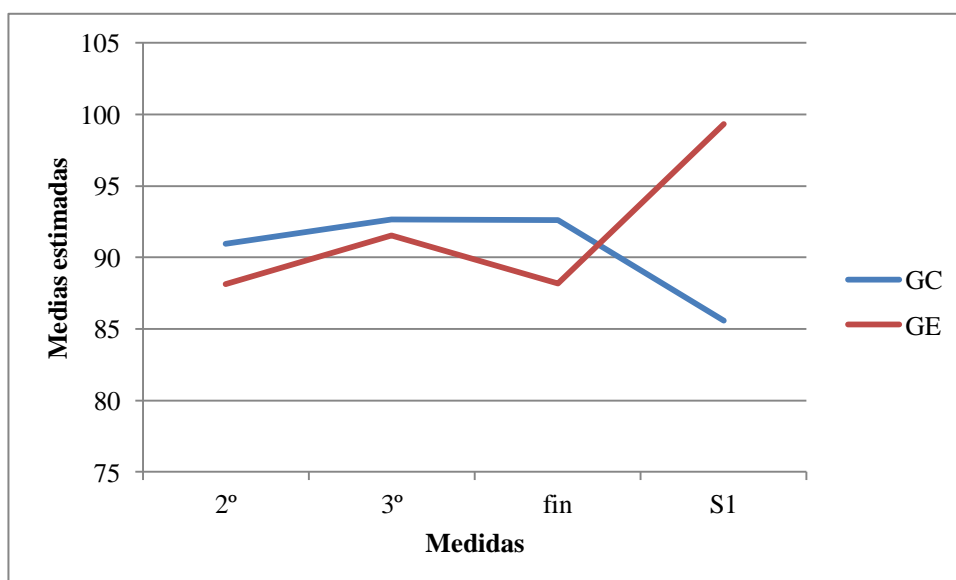


Figura 8.10: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala CF hasta el primer seguimiento.

- Funcionamiento de Rol (RF)

En esta subescala, se observan puntuaciones entre 70 y 90 en ambos grupos. Se observa que el GE inicialmente manifiesta un mejor funcionamiento de Rol que el GC y se va deteriorando levemente conforme avanza el tiempo. El GC sin embargo, empieza teniendo peores puntuaciones y finaliza mejorando (tabla 26; Anexo III).

En la tabla 27 (Anexo III) donde se exponen los resultados del MLG se observa que la variable intra-sujeto resulta estadísticamente significativa ( $p=0,033$ ;  $\eta^2=0,284$ ), pero también la interacción ( $p=0,074$ ;  $\eta^2=0,357$ ). Puesto que ésta representa más claramente lo comentado

sobre la tendencia de las puntuaciones de ambos grupos (aunque no así para el estado inicial de los mismos), resulta más adecuado tener en cuenta sólo la interacción (figura 8.11) .,

El MLM no destaca ninguna diferencia estadísticamente significativa (tabla 28; Anexo III).

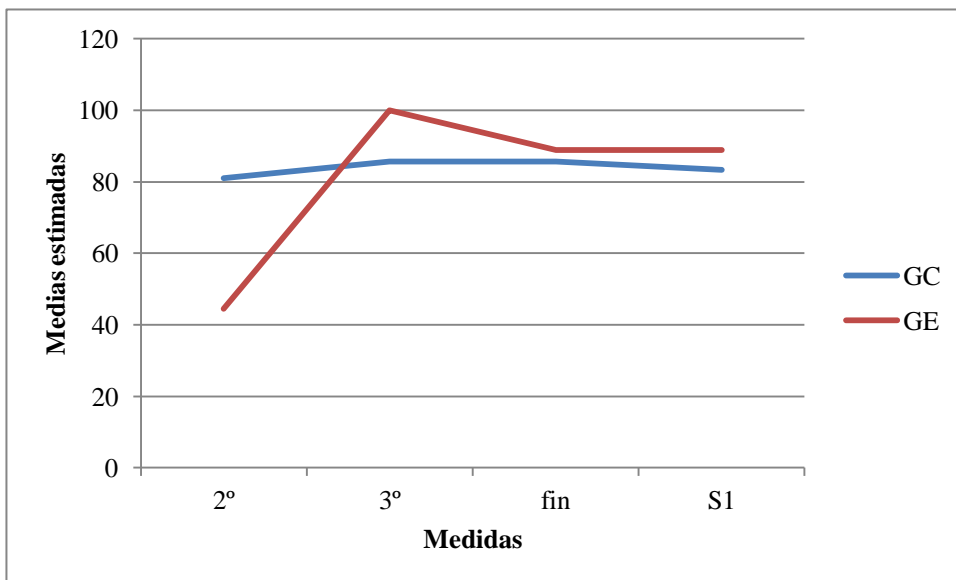


Figura 8.11: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala RF hasta el primer seguimiento.

- Funcionamiento Social (SF):

En la tabla 26 (Anexo III) se observa cómo en la variable Funcionamiento Social las puntuaciones medias de ambos grupos se hallan en general por encima de 80 e incluso de 90, presentado el GE puntuaciones medias levemente más altas. Además, se puede observar cómo el tiempo favorece en ambos grupos el funcionamiento social. Observando las medias advertimos que el GE es en el que más se destaca esta evolución, además de verse afectados todos los sujetos del GE por esta tendencia (ver cómo las desviaciones típicas son inferiores a las del GC). El MLG capta este aspecto y la fuente de variación intra-sujeto resulta levemente significativa ( $p=0,085$ ;  $\eta^2=0,274$ ), y una tendencia Lineal significativa ( $p=0,032$ ) (tabla 29; Anexo III). El MLM, no alcanza estos niveles de probabilidad de los datos asumiendo verdadera la hipótesis nula ( $p=0,10$ ) (tabla 30; Anexo III).

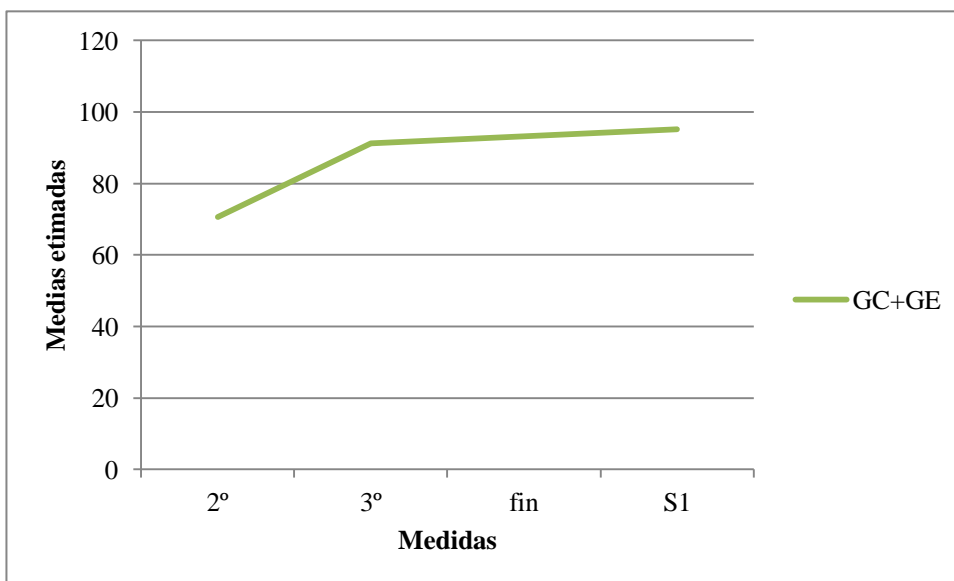


Figura 8.12: Evolución de las medias estimadas en la subescala SF hasta el primer seguimiento.

- Náuseas/Vómitos (NV), Pérdida de Apetito (AP), Estreñimiento (CO) y Diarrea (DI):

En la tabla 31 (Anexo III) se exponen los estadísticos descriptivos para las variables Náuseas/Vómitos y Pérdida de Apetito. Un examen de conjunto parece indicar que ni una ni otra variable son destacables. Si acaso, podemos exponer que la pérdida de apetito está más presente que las náuseas/vómitos en ambos grupos. También es en esta variable donde se aprecian mayores diferencias entre el GE y el GC. El GC inicialmente tiene mayor pérdida de apetito que el GE, y así se mantienen prácticamente hasta el final. El GE, experimentan una gran mejoría en esta variable en cuanto avanzan las sesiones. Aunque en el análisis realizado mediante el MLG no aprecia la diferencia entre los grupos en la variable pérdida de apetito, sí lo hace el MLM (tabla 35; anexo III).

En lo que respecta a la variable Náuseas/Vómitos, tanto el MLG como el MLM llegan al mismo resultado, no existen diferencias estadísticamente significativas para ninguna fuente de variación (tablas 32 y 33; Anexo III).

Resultados

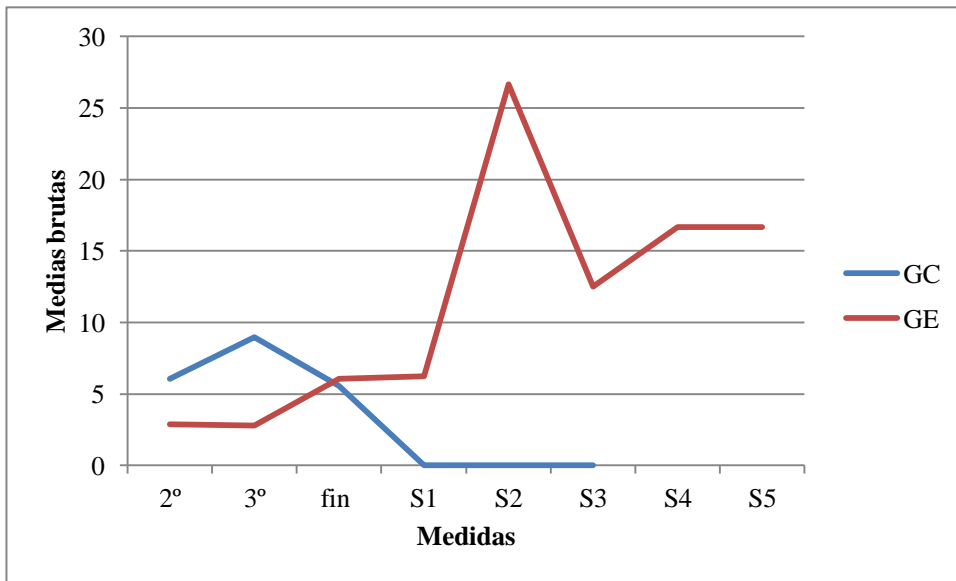


Figura 8.13: Evolución de las medias brutas en la subescala NV hasta el quinto seguimiento

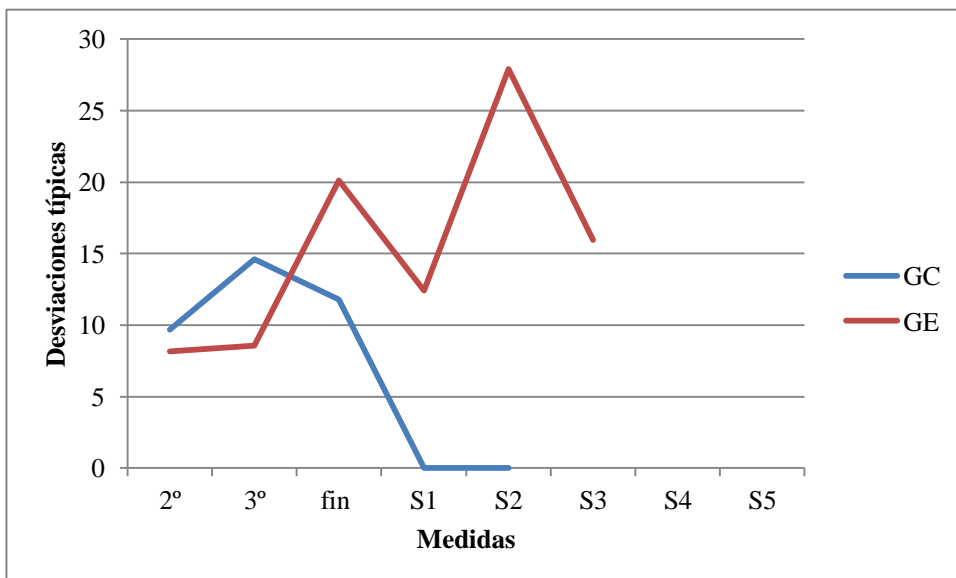


Figura 8.14: Desviaciones típicas en la subescala NV

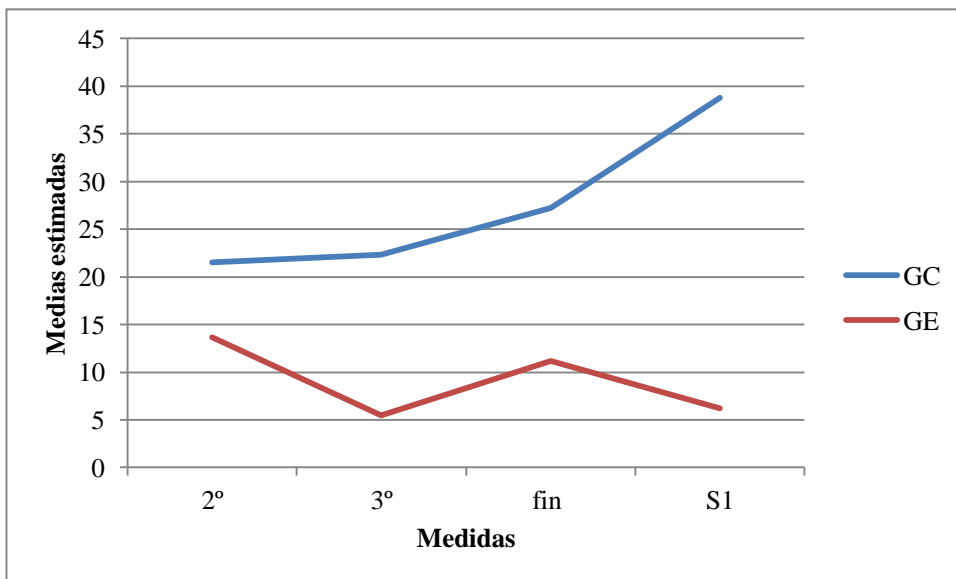


Figura 8.15: Evolución de las medias estimadas en la subescala AP hasta el primer seguimiento.

En la tabla 36 (Anexo III) se aprecia tanto el estreñimiento como la diarrea son variables poco presentes en ambos grupos. El percentil 75 es muy bajo en ambos grupos y parecidas las desviaciones típicas y las medidas, aunque ambas variables parecen estar más presentes en el GC. Con respecto a la variable diarrea, no se aprecian diferencias entre ambos grupos, pero sí con respecto a la variable estreñimiento, en la que el GE muestra tener menos estreñimiento que el grupo control. Esta diferencia se observa mediante el análisis del MLM ( $p=0,01$ ) (tabla 38; Anexo III).

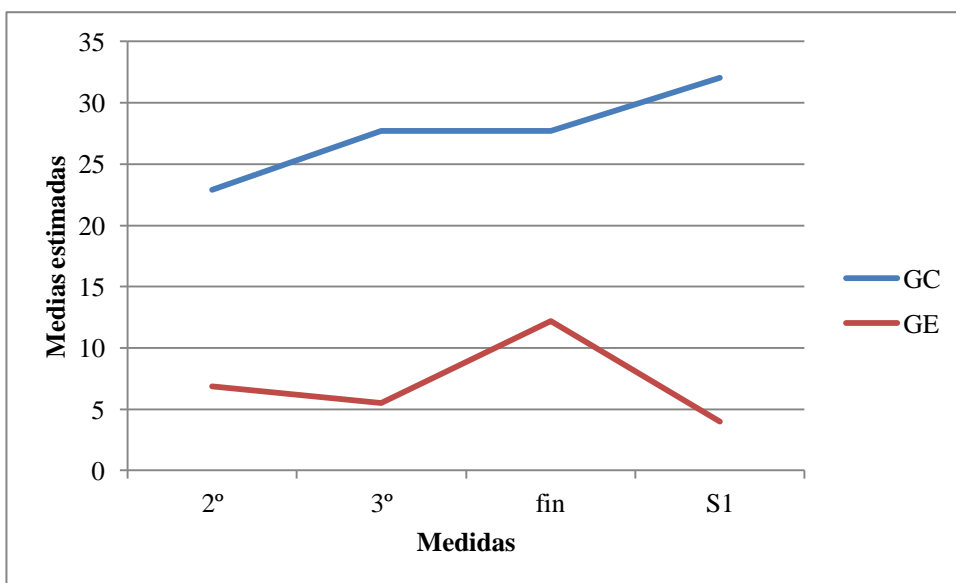


Figura 8.16: Evolución de las medias estimadas en la subescala CO hasta el primer seguimiento.

Resultados

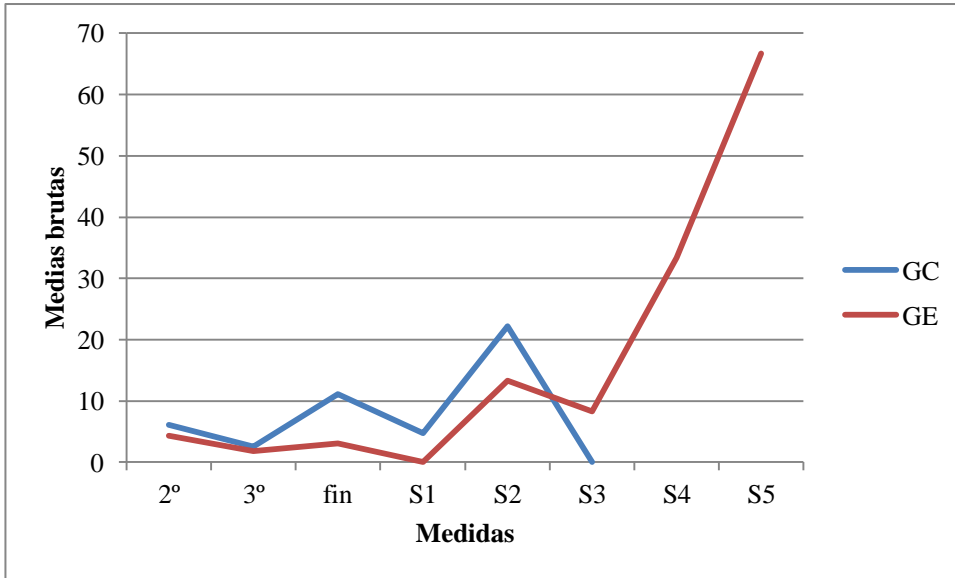


Figura 8.17: Evolución de las medias brutas en la subescala DI hasta el quinto seguimiento.

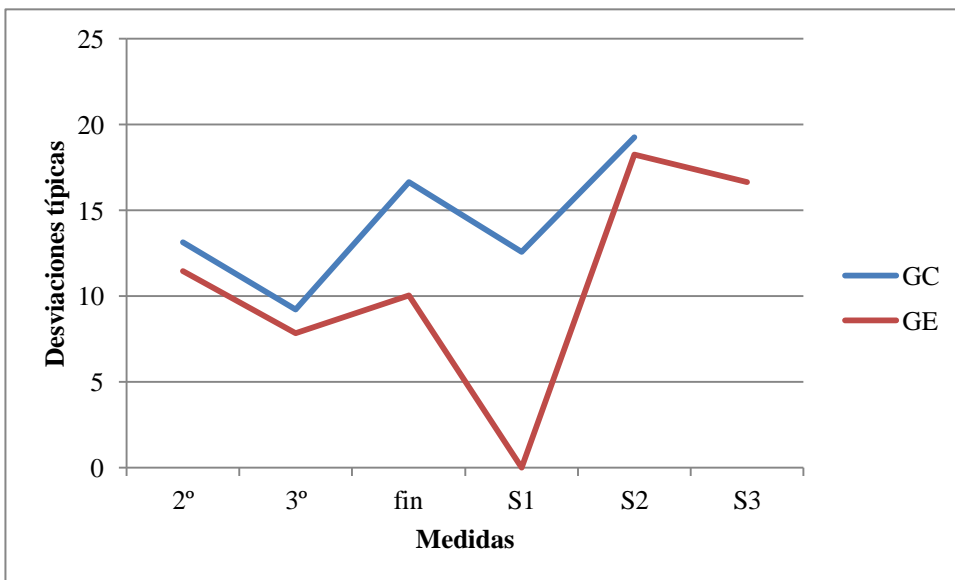


Figura 8.18: Desviaciones típicas en la subescala DI



- Dolor (PA):

En la tabla 41 (Anexo III) se observan puntuaciones levemente más bajas en el GE (<20) que en el GC (<30). Además, parece que mientras que el GC empeora el GE se mantiene o mejora. Sin embargo, ni el MLG ni el MLM destaca alguna fuente de variación estadísticamente significativa (tablas 42 y 43; Anexo III).

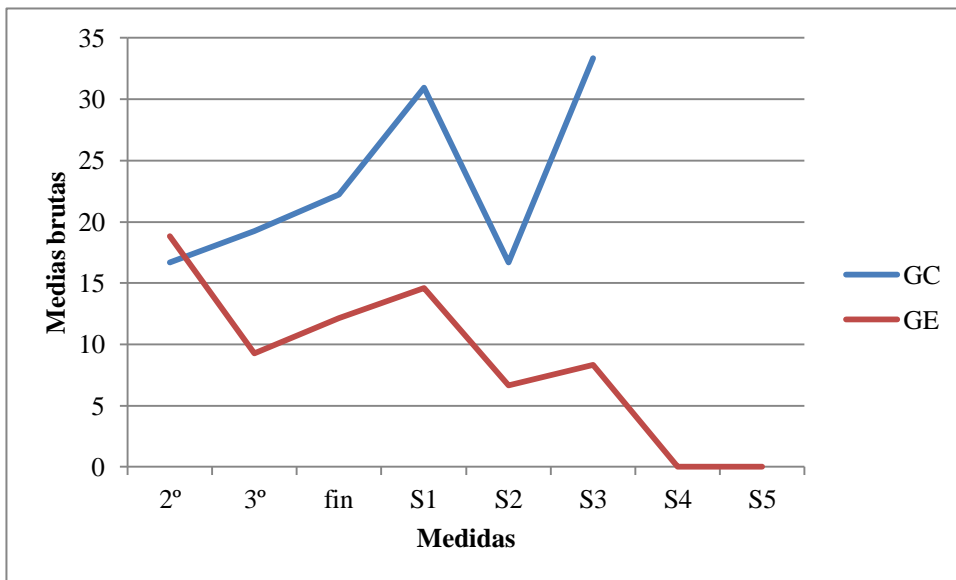


Figura 8.19: Evolución de las medias brutas en la subescala PA hasta el quinto seguimiento.

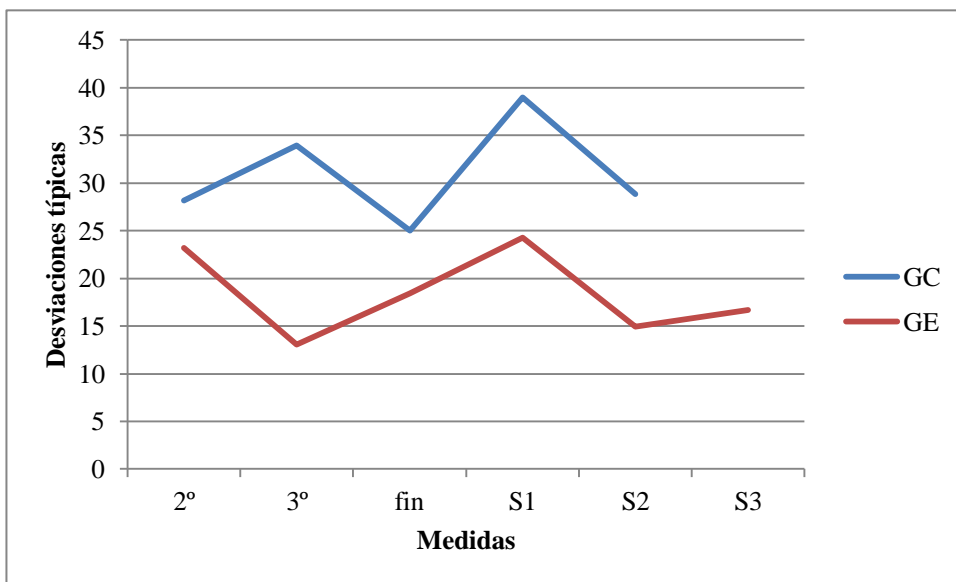


Figura 8.20: Desviaciones típicas en la subescala PA.

- Dificultad para dormir (SL)

Con respecto a la dificultad para dormir, parece que inicialmente duerme mejor el GE, empeorando al final del tratamiento con puntuaciones más cercanas a las del GC. En el seguimiento el GC experimenta una importante mejoría mientras que el GE sigue empeorando (tabla 41; Anexo III). Examinando las medias estimadas del modelo lineal mixto (tabla 45; Anexo III) se advierte que, aunque parece que en la primera medida duermen mejor los pacientes del GE, no se aprecia ninguna tendencia en ninguno de los dos grupos a lo largo del tiempo, ni parece haber diferencias entre ellos.

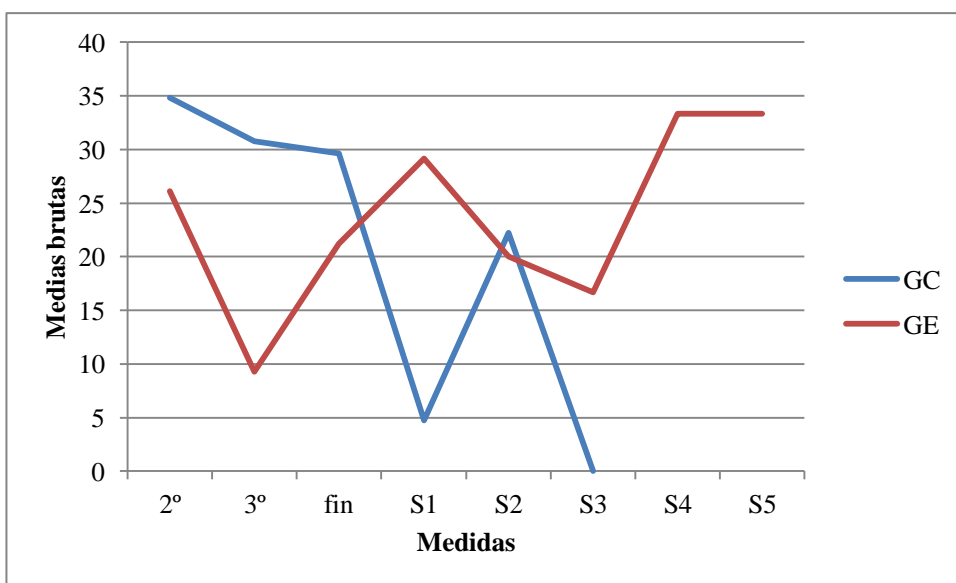


Figura 8.21: Evolución de las medias brutas en la subescala SL hasta el quinto seguimiento.

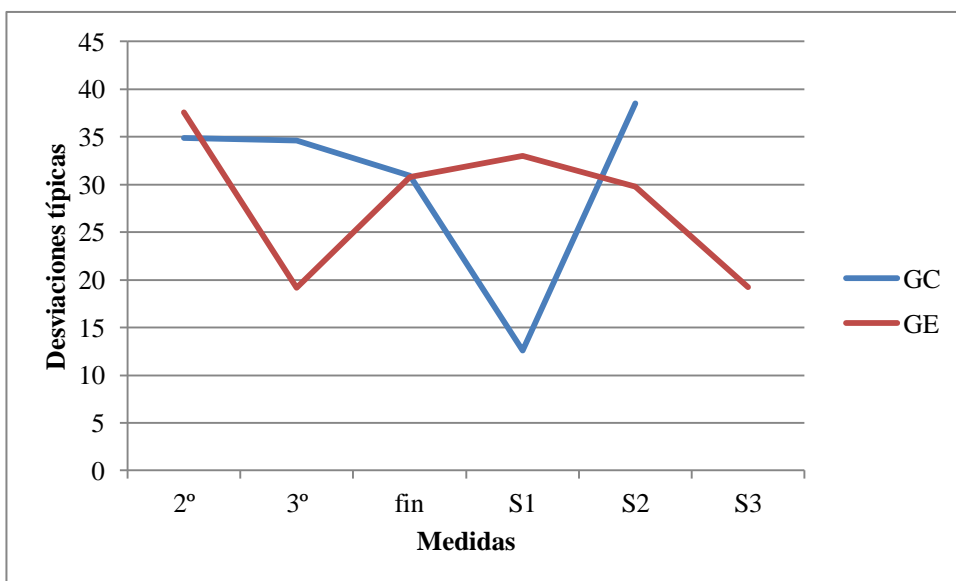


Figura 8.22: Desviaciones típicas en la subescala SL

- Cansancio (FA)

En la tabla 46 (Anexo III) las puntuaciones medias indican como en el primer registro, el GC manifiesta tener más cansancio que el GE, y conforme avanzan las sesiones esta relación parece invertirse. Sin embargo, esta interacción no es detectada por ninguna de las técnicas de análisis inferenciales (tablas 47 y 48; Anexo III).

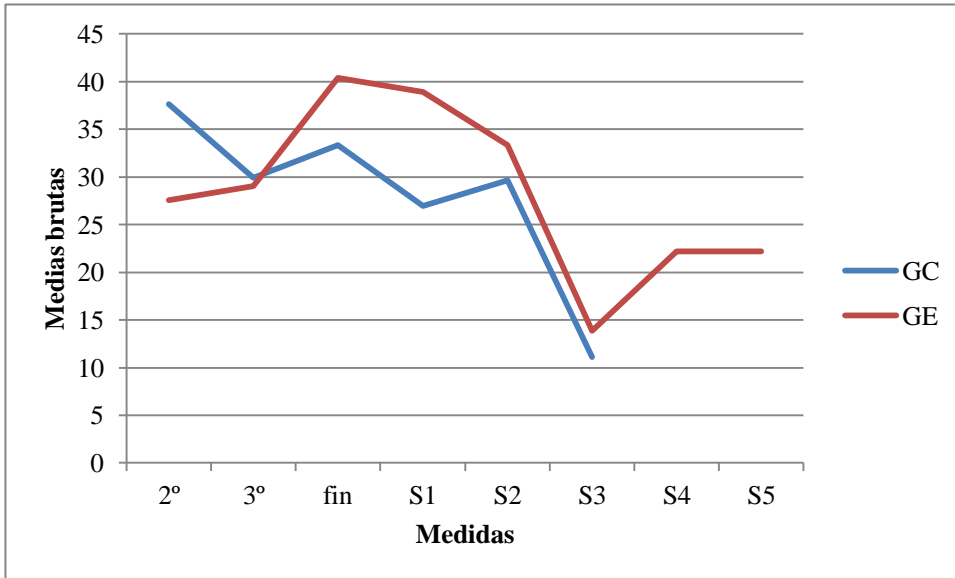


Figura 8.23: Evolución de las medias brutas en la subescala FA hasta el quinto seguimiento.

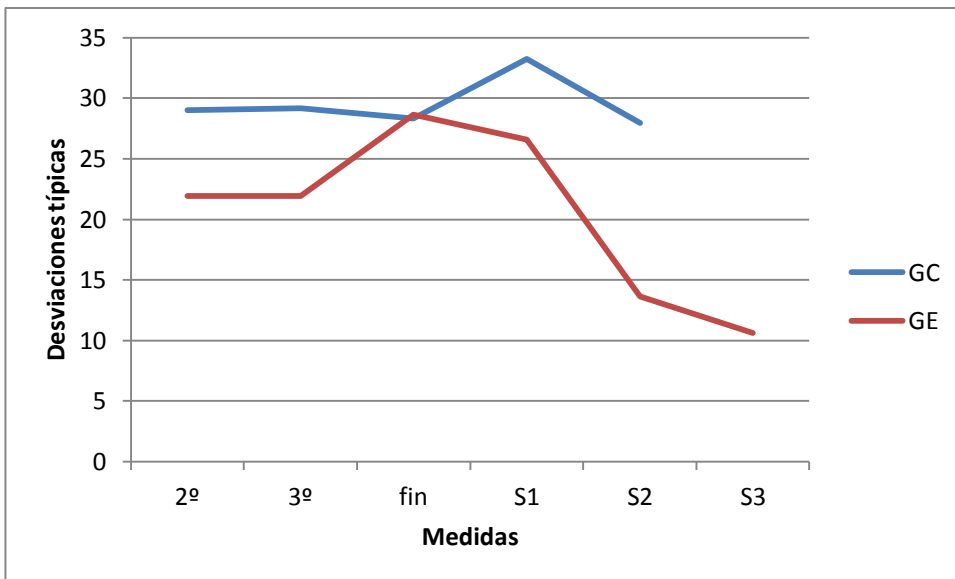


Figura 8.24: Desviaciones típicas en la subescala FA

- Disnea (DY):

Con respecto a la variable disnea se observa como esta apenas está presente en ninguno de los dos grupos, con tendencia a mantenerse bastante estables en ambos a lo largo de las medidas (tabla 46; Anexo III). No existen diferencias estadísticamente significativas para ninguna fuente de variación (tablas 49 y 50; Anexo III).

Es destacable que se obtiene más homogeneidad en las respuestas en el grupo experimental que en el grupo de control (observando las desviaciones típicas en la tabla 46 advertimos este aspecto).

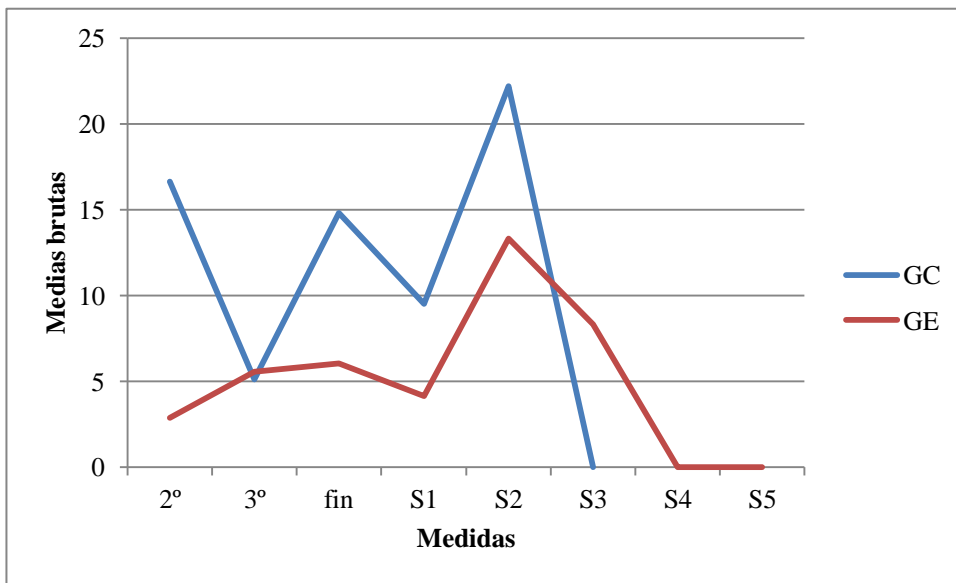


Figura 8.25: Evolución de las medias brutas en la subescala DY hasta el quinto seguimiento.

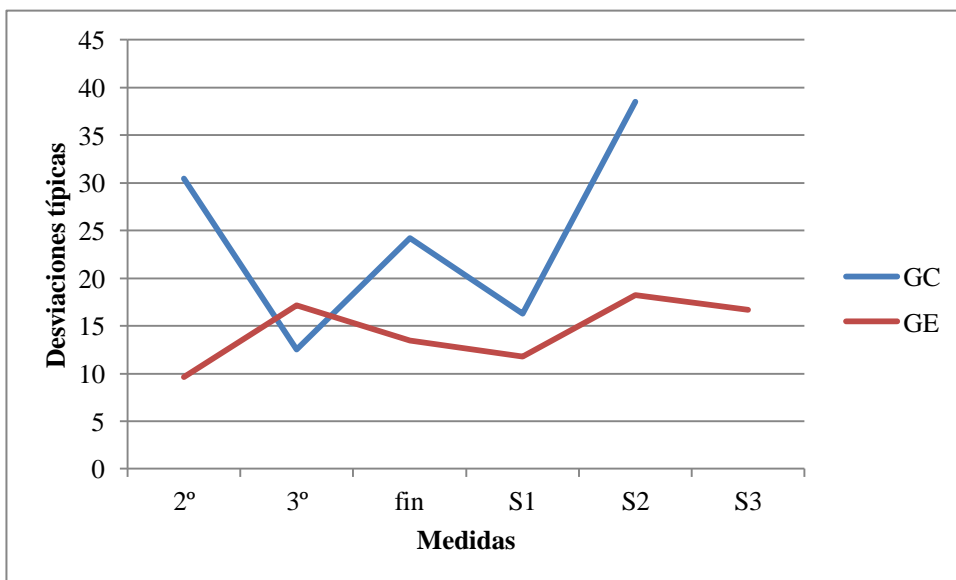


Figura 8.26: Desviaciones típicas en la subescala DY

· Subescalas del módulo específico de pulmón: LC-13

- Dolor en el Pecho, hombro/brazo y otras partes del cuerpo:

En general, parece que las puntuaciones en las tres variables, en ambos grupos, no indican niveles de dolor destacados, presentando el GC niveles ligeramente más altos, especialmente en las medidas finales (tablas 51 y 56; Anexo III).

Con respecto a la variable dolor en el pecho ni el MLG ni el MLM advierte ninguna diferencia estadísticamente significativa (tablas 52 y 53).

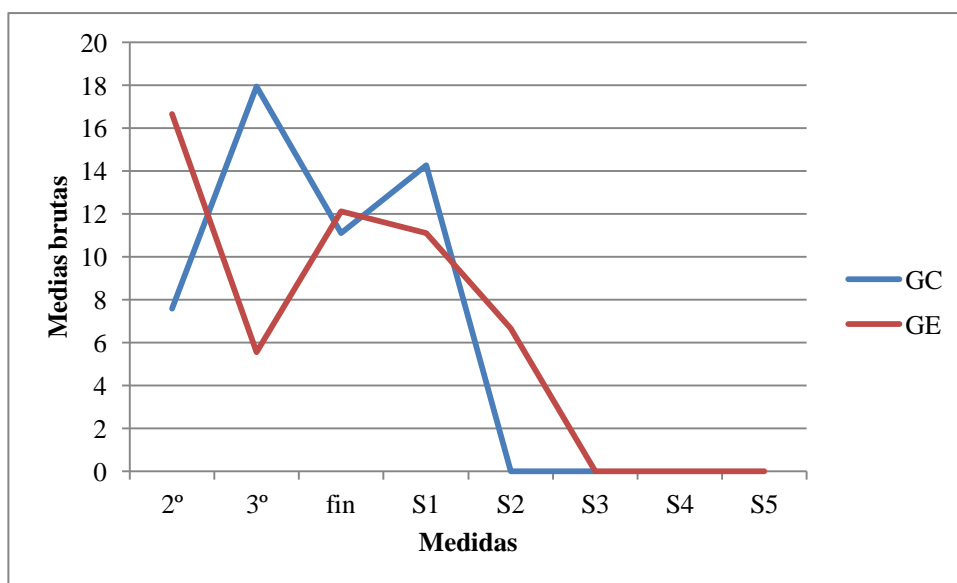


Figura 8.27: Evolución de las medias brutas en la subescala Dolor en el pecho hasta el quinto seguimiento.

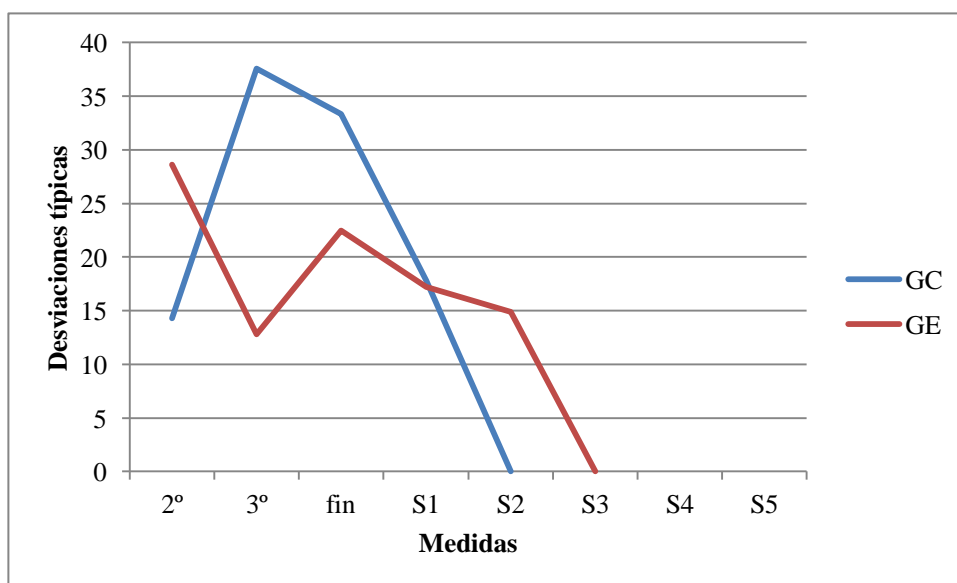


Figura 8.28: Desviaciones típicas en la subescala Dolor en el pecho

Aunque consideramos que los niveles de dolor en el hombro/brazo son pequeños, sí es cierto que el GC empeora y el GE mejora conforme avanza el registro de medidas en el tiempo (tabla 51; Anexo III). El MLG no capta este detalle, pero si el MLM, en el que todas las fuentes de variación (grupos, tiempo e interacción) son estadísticamente significativas ( $p < 0,70$ , considerando las tres). Así pues, interpretamos únicamente la interacción ( $p = 0,04$ ), en el que claramente, el GC empeora conforme avanza el tiempo ( $p = 0,01$ ) (tabla 55; Anexo III).

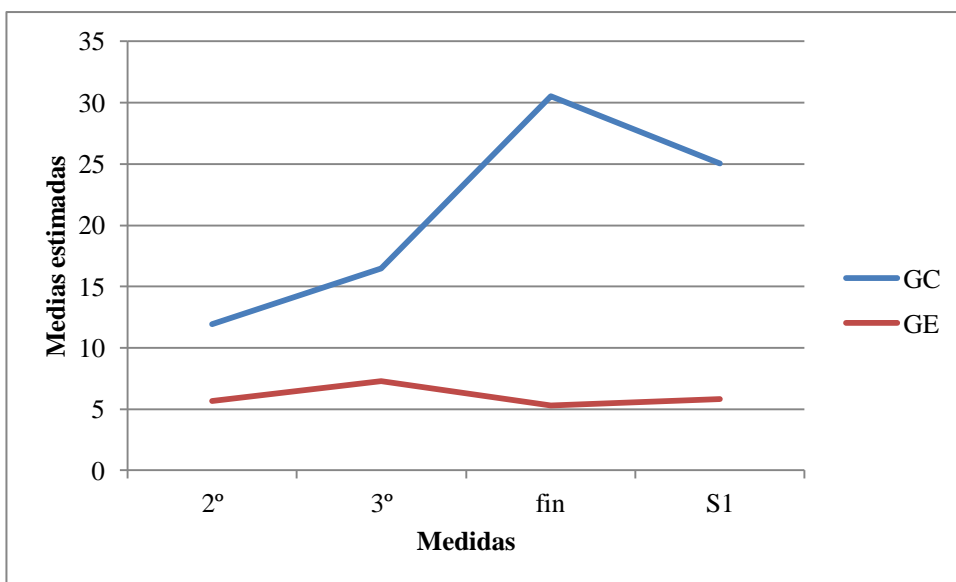


Figura 8.29: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala Dolor en el brazo/ hombro hasta el primer seguimiento.

Con respecto al dolor en otras partes del cuerpo sucede prácticamente lo mismo que con respecto al dolor de hombro/brazo (tabla 56; Anexo III). Disminuye drásticamente en el GE e incrementa en el GC. De nuevo, el MLG no capta estos resultados (quizás por el reducido tamaño de la muestra al perder tantos sujetos), pero si lo capta el MLM destacando unas diferencias entre los grupos estadísticamente significativas ( $p = 0,05$ ) y también en la variable intra-sujeto, aunque más débil ( $p = 0,09$ ), (tabla 58; Anexo III).

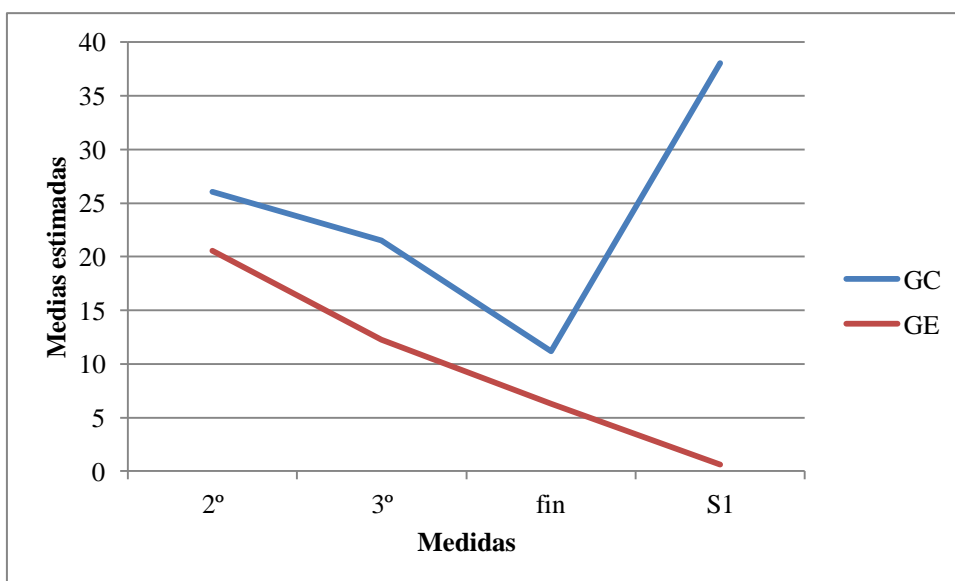


Figura 8.30: Evolución de las medias estimadas en la subescala Dolor en otras partes del cuerpo hasta el primer seguimiento.

- Boca seca y Dificultad para tragar:

Observando las medidas en la tabla 59 (Anexo III) vemos que estas variables suponen puntuaciones medias muy bajas (<13). En ambas variables, el MLG no destaca ninguna diferencia estadísticamente significativa, pero sí el MLM (tablas 61 y 63; Anexo III). Para boca seca, resulta significativa variable intra-sujeto y la interacción, con lo que interpretando esta última se observa como inicialmente está peor el GC que el GE. Al final del tratamiento y el seguimiento ocurre a la inversa (tabla 61). En dificultad para tragar, resulta significativa la variable intra-sujeto, indicando en ambos una tendencia a mejorar hacia el final del tratamiento y empeorar en el seguimiento. Además, se observan diferencias entre grupos, indicando más sintomatología en el GC (tabla 63). A pesar, de estas diferencias estadísticamente significativas, las medias nos indican que no son variables destacables dado que incluso el percentil 75 es muy bajo y, por tanto, no resulta relevante su interpretación (tabla 59; Anexo III).

## Resultados

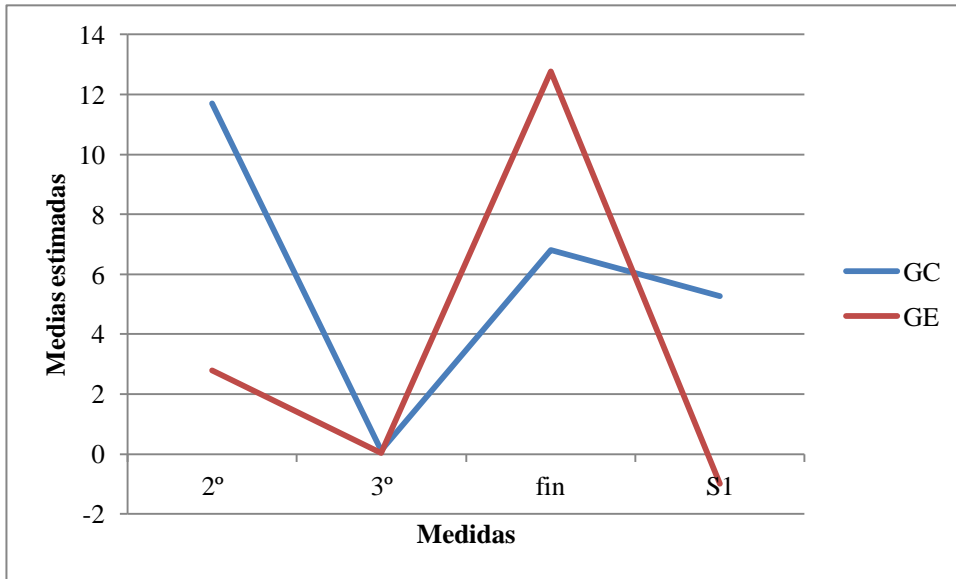


Figura 8.31: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala Boca seca hasta el primer seguimiento.

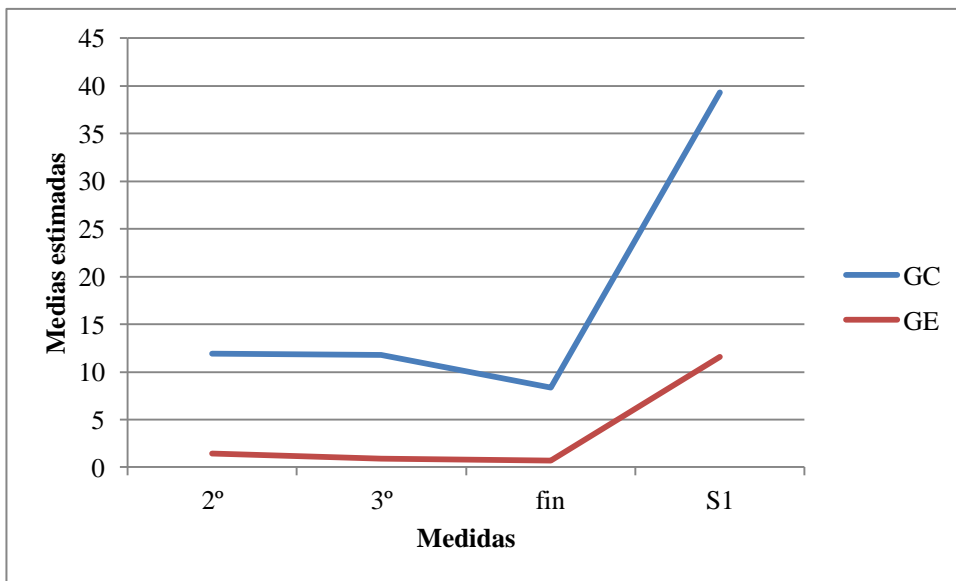


Figura 8.32: Evolución de las medias estimadas en la subescala Dificultad para tragar hasta el primer seguimiento.

### - Disnea, Tos y Hemoptosis:

La variable Hemoptosis (tabla64; Anexo III) supone un problema prácticamente inexistente en ambos grupos. El MLM capta diferencias estadísticamente significativas con respecto a la interacción (tabla 66; Anexo III)), sin embargo, sucede lo mismo que con respecto a las dos variables anteriormente explicadas (boca seca y dificultad para tragar), no importan esas leves diferencias halladas dentro de un problema que prácticamente es inexistente.



## Resultados

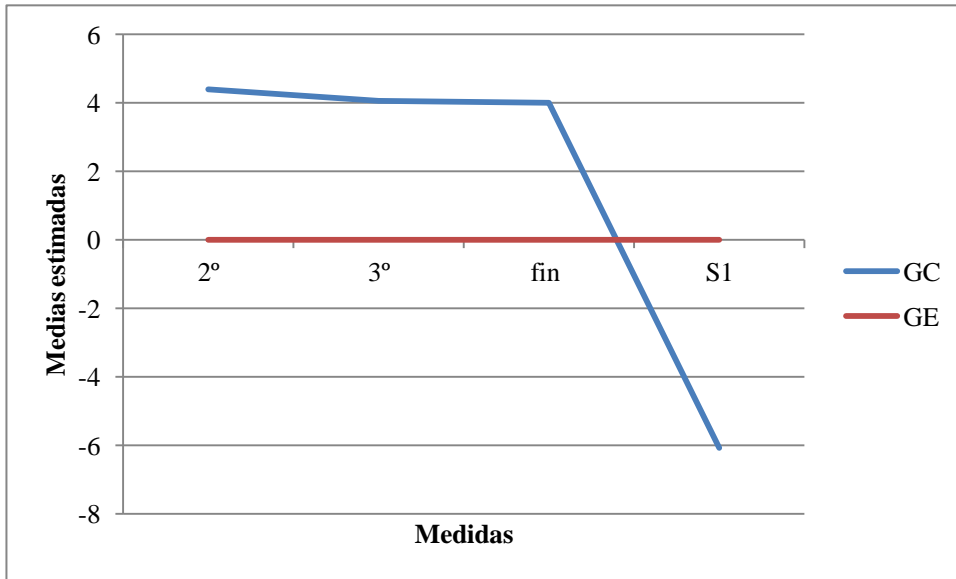


Figura 8.33: Evolución e interacción en las medias estimadas de la subescla Hemoptosis hasta el primer seguimiento.

La tos tiende a incrementarse en el curso del tiempo en el GC y no en el GE (tabla 64; Anexo III), sin embargo, debido quizás a la elevada variabilidad hallada en las respuestas de los sujetos ni el MLG ni el MLM destacan significatividad alguna (tablas 67 y 68; Anexo III).

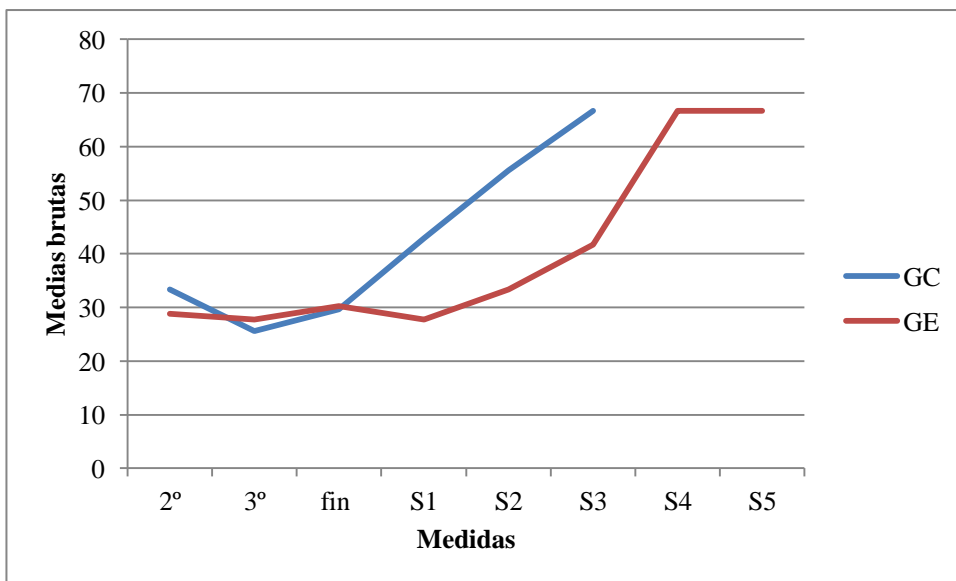


Figura 8.34: Evolución de las medias brutas en la subescla Tos hasta el quinto seguimiento.

## Resultados

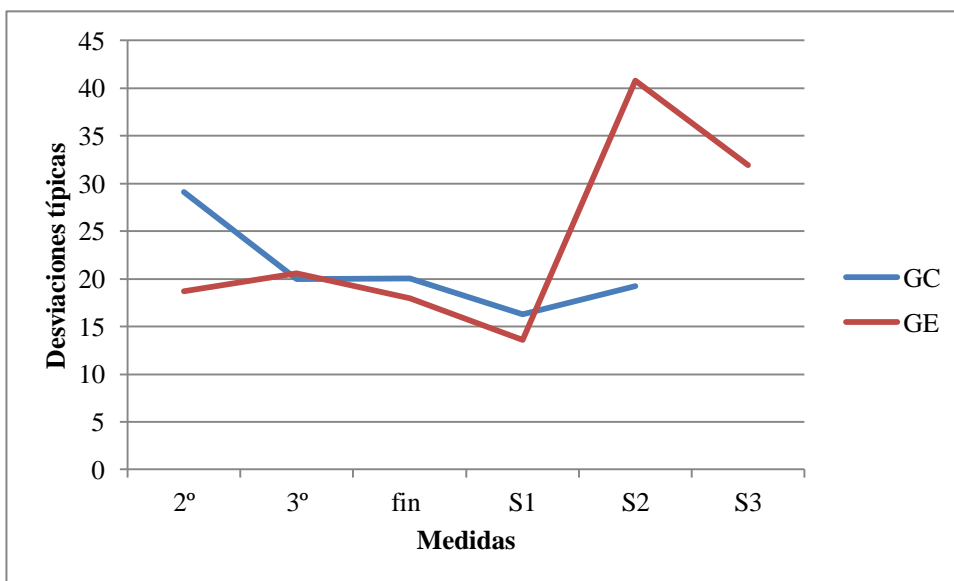


Figura 8.35: Desviaciones típicas en la subescala Tos

La variable disnea es más difícil de interpretar debido que a través del tiempo las medidas avanzan de modo errático, mejoran o empeoran a través de las medidas. En cualquier caso, el registro de la variable nos indica puntuaciones en general por debajo de 20. Aunque, parece que ningún grupo experimenta más disnea que otro, la tendencia de las puntuaciones parecen indicar un mantenimiento en el GC y un leve empeoramiento en le GE (tabla 69; Anexo III). El MLM destaca diferencias estadísticamente significativas tanto para la variable intra-sujeto como para la interacción (tabla71; Anexo III).

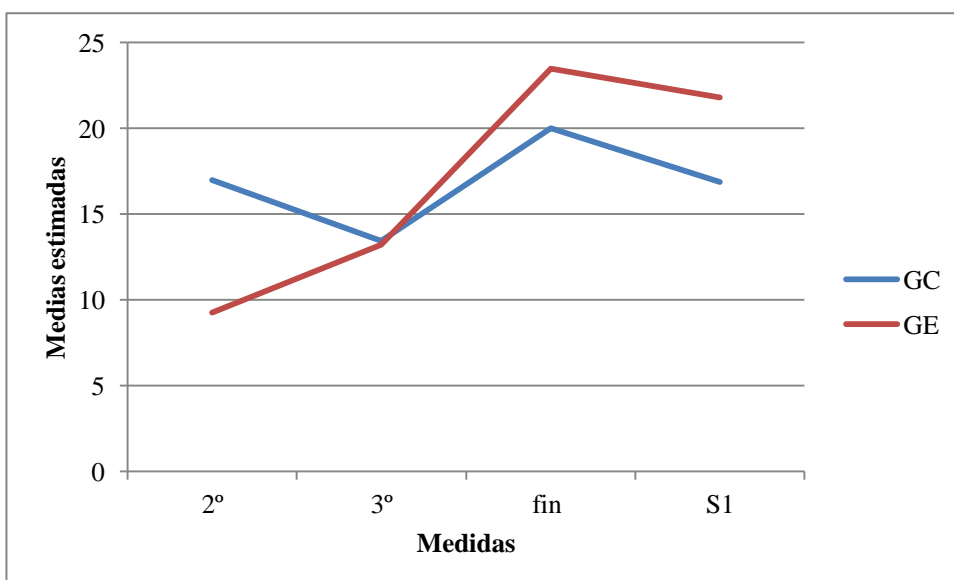


Figura 8.36: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala Disnea hasta el primer seguimiento.

- Neuropatía Periférica

En lo que respecta a la variable Neuropatía Periférica se observa en la tabla 72 (Anexo III) cómo en el GC hay un leve empeoramiento, siendo más destacable en el primer seguimiento. En adelante, este empeoramiento se acentúa. En el GE se observa una estabilidad con un empeoramiento importante en el primer seguimiento y una recuperación posterior. Tanto el MLG como el MLM destacan que la fuente de variación tiempo es estadísticamente significativa (tablas 73 y 74; Anexo III).

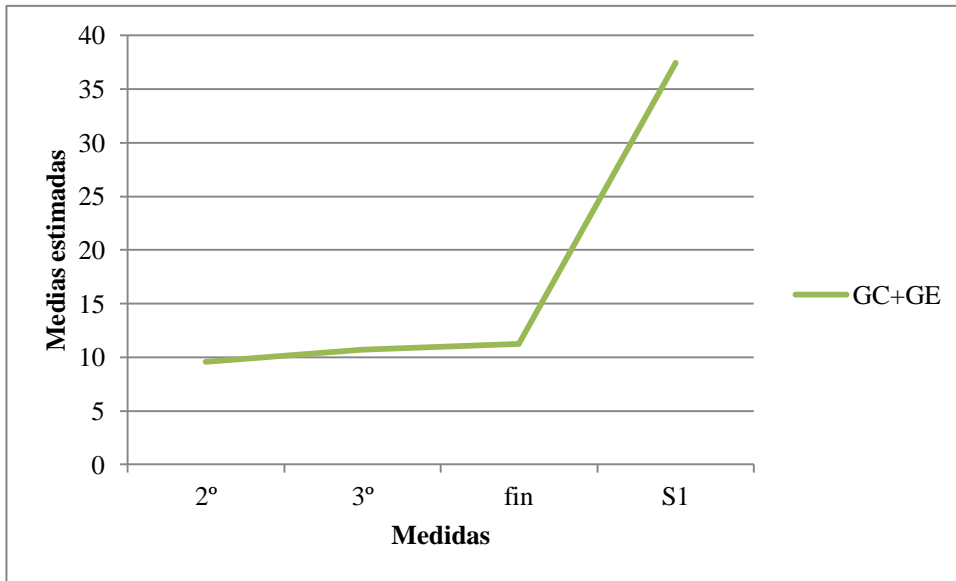


Figura 8.37: Evolución de las medias estimadas en la subescala Neuropatía Periférica hasta el primer seguimiento.

- Alopecia:

La variable alopecia es levemente más destacable en el GC que en el GE que (tabla 72; Anexo III). Pero ni el MLG ni el MLM destacan significatividad alguna (tablas 75 y 76; Anexo III).

Resultados

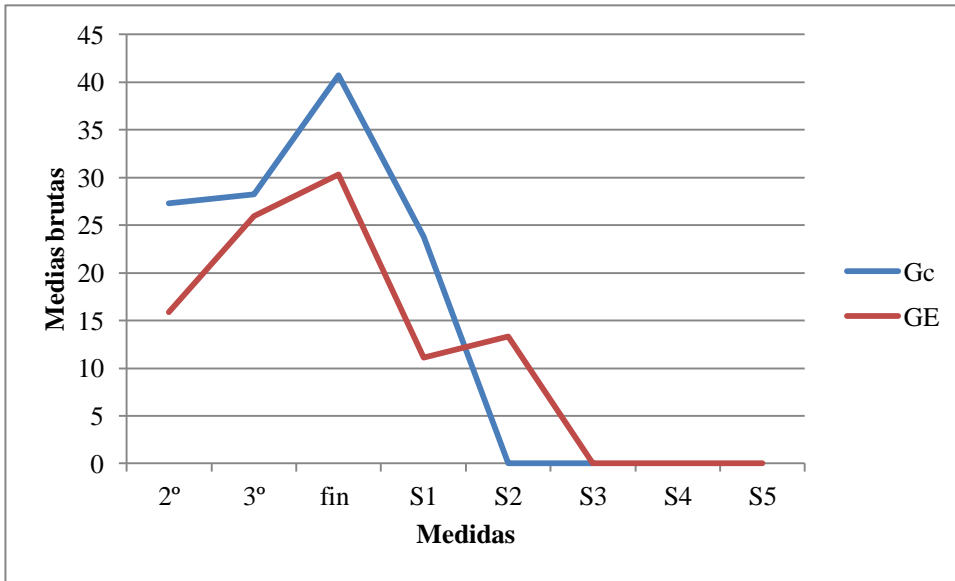


Figura 8.38: Evolución de las medias brutas en la subescala Alopecia hasta el quinto seguimiento.

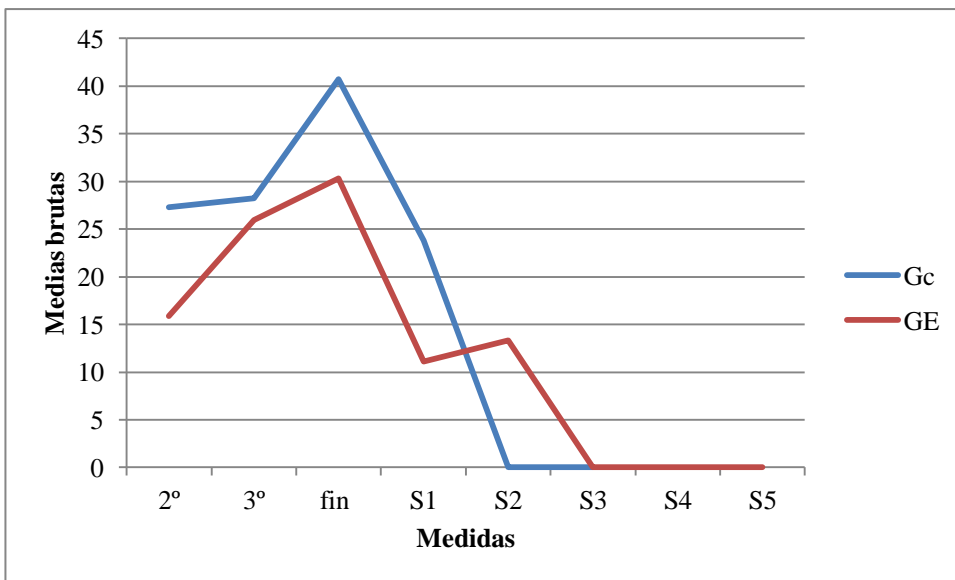


Figura 8.39: Desviaciones típicas en la subescala Alopecia

## B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

• Valoraciones globales realizadas por el paciente.

- Estado General (EG).

En la tabla 77 (Anexo III) se muestran los estadísticos descriptivos. No se observan grandes diferencias entre el GE y el GC, aunque parece que el GC tiene puntuaciones un poco más elevadas en los seguimientos. Ni el MLG (tabla 78; Anexo III) ni el MLM (tabla 79; Anexo III) aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni tampoco para la interacción. Sí convergen en que existen diferencias estadísticamente significativas para la variable intra-sujeto. El análisis de tendencias destaca una tendencia cúbica estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ), y el MLM destaca que este efecto estadísticamente significativo se produce entre el registro efectuado la 5ª sesión y el primer registro de seguimiento (tabla 79). Efectivamente en la penúltima sesión de terapia se produce un descenso en la valoración de bienestar general que se vuelve a recuperar después de finalizar las sesiones de quimioterapia.

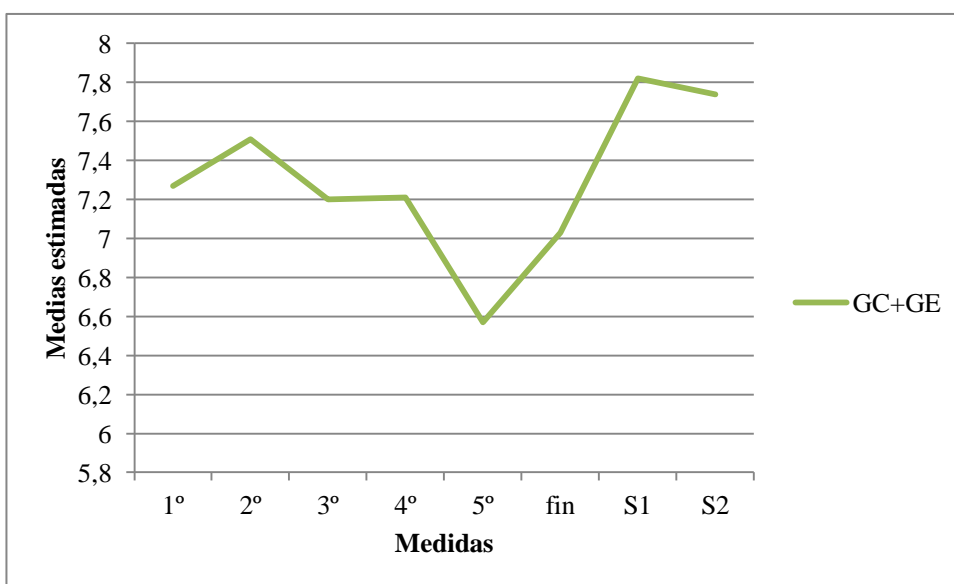


Figura 8.40: Evolución de las medias estimadas en el EG hasta el segundo seguimiento.

- Estado de Salud (ES).

Los estadísticos descriptivos se muestran en la tabla 77 (Anexo III). No se aprecian grandes diferencias entre el GE y el CG. Se aprecia un leve empeoramiento en ambos grupos hacia el final del tratamiento, más notable en el GE. En el seguimiento ambos se recuperan.

Ningún efecto estadísticamente significativo ha sido detectado por el MLG ni por el MLM (tablas 80 y 81; Anexo III).

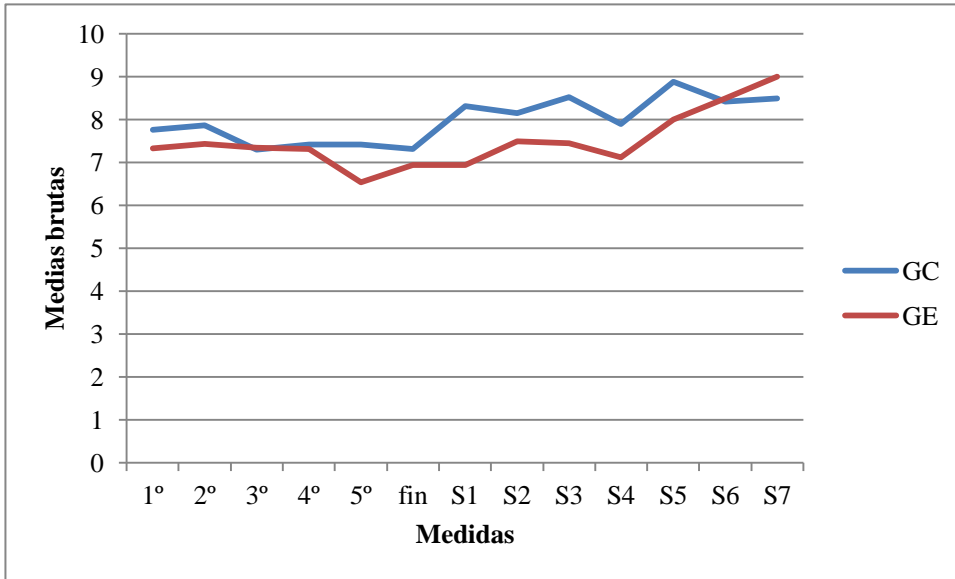


Figura 8.41: Evolución de las medias brutas en ES hasta el séptimo seguimiento.

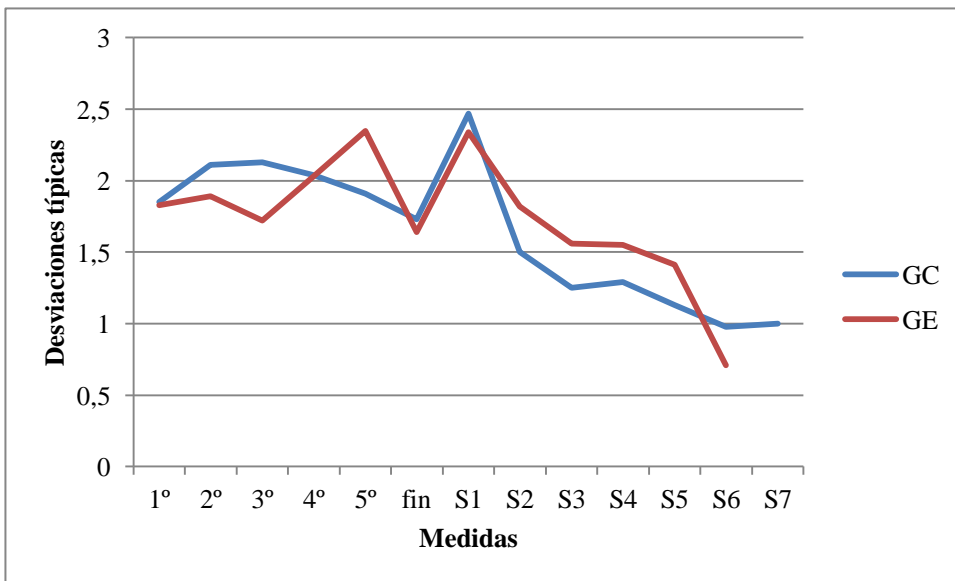


Figura 8.42: Desviaciones típicas en ES

· Valoraciones globales realizadas por el médico:

- Índice Karnofky (IK):

En la tabla 82 (Anexo III) se aprecia que en ambos grupos, GE y GC, las valoraciones iniciales se hallan por encima de 90. Esta valoración va descendiendo lentamente hasta la última sesión de tratamiento (puntuaciones medias entre 86 y 90), para aumentar de nuevo en los seguimientos (M = 90). El MLM (tabla 84; Anexo III) detecta un efecto estadísticamente significativo para la variable intrasujeto.

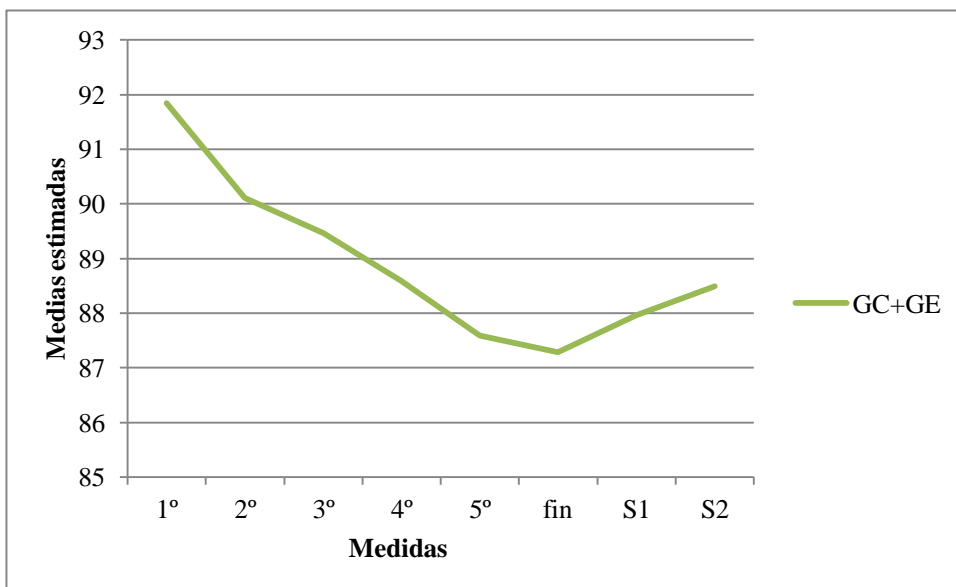


Figura 8.43: Evolución de las medias estimadas en el IK hasta el segundo seguimiento.

- Calidad de vida (CV):

En la tabla 85 (Anexo III) se observa como ambos grupos, GC y GE, al inicio del tratamiento presentan puntuaciones medias muy similares y bastante elevadas (en torno a 9), aunque más altas en el GC. En cuanto a las desviaciones típicas, en ambos grupos, son pequeñas y muy similares.

Al finalizar el tratamiento, la CV es inferior a la estimada inicialmente, siendo mayor de nuevo en el GC. La desviación típica incrementa considerablemente en los dos grupos, lo que indica una mayor variabilidad en la estimación de esta variable en los sujetos.

También se aprecia una mayor pérdida de sujetos en el GE que en el GC.

Mediante la realización del estadístico *t* de *Student*, para comprobar la existencia de diferencia de medias observadas al inicio del tratamiento, y el estadístico de medias sobre el cambio experimentado entre el pre y post, se observa que no existen diferencias iniciales

entre los grupos en lo que a esta variable respecta y que además, el cambio experimentado entre la valoración inicial y la valoración final en ambos grupos es igual. Para conocer si ese cambio resultó estadísticamente significativo en el conjunto de ambos grupos, mediante el análisis de medidas parcialmente repetidas no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni en la interacción, pero sí para la variable intra-sujeto tiempo ( $F=19,13$ ;  $gl=1;24$ ;  $p=0,000$ ;  $\eta^2=0,444$ ;  $1-\beta=0,987$ ). Estos resultados indican que, según la estimación del médico, ambos grupos han empeorado de forma significativa su C.V desde el inicio del tratamiento al final del mismo, y ambos grupos lo han hecho por igual.

· Subescalas del cuestionario HADS:

- Ansiedad (HAD-A):

En la tabla 86 (Anexo III) podemos observar los estadísticos descriptivos. Ninguno de los dos grupos muestra puntuaciones que indiquen sintomatología ansiosa con significación clínica ( $M < 7$ ). Parece que el GC reduce progresivamente su nivel de ansiedad y el GE lo mantiene conforme avanza el tratamiento. Aunque el MLG (tabla 87; Anexo III) destaca que la variable intra-sujeto es estadísticamente significativa y que sigue una tendencia cúbica, interpretamos el MLM que destaca la interacción estadísticamente significativa, aunque con una probabilidad superior al 5% (tabla 88; Anexo III).

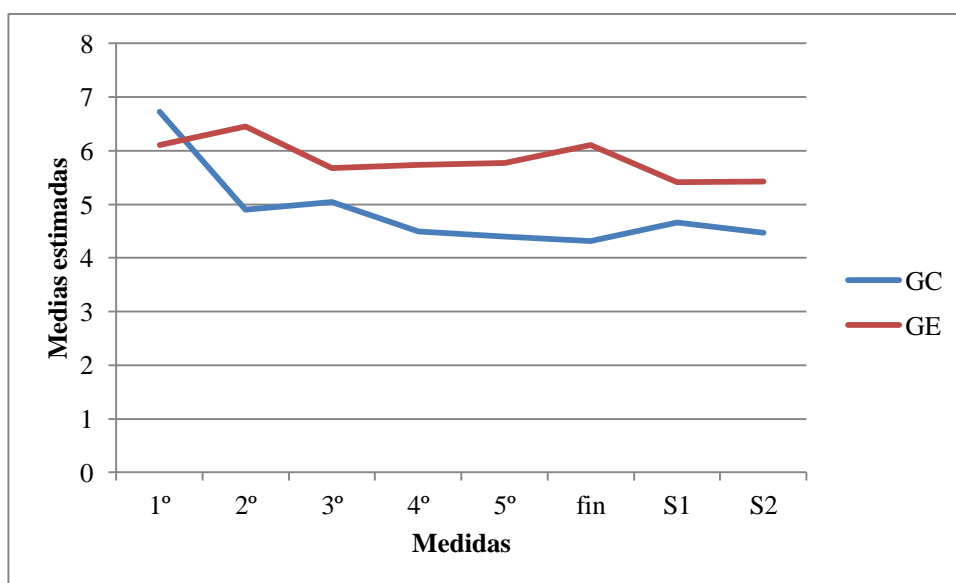


Figura 8.44: Evolución e interacción en las medias estimadas en el HAD-A hasta el segundo seguimiento.



- Depresión (HAD-D).

Observando la tabla 86 (Anexo III), tampoco se observan puntuaciones que indiquen sintomatología depresiva con significación clínica ( $M < 6$ ). No se aprecia ninguna tendencia clara en ninguno de los grupos a lo largo del tiempo de. No obstante, y aunque sutilmente, parece que ambos grupos experimentan una tendencia hacia un mayor nivel de depresión conforme avanzan los registros. Esto es lo que el MLM detecta, resultando significativa la variable intra-sujeto, tiempo (tabla 90; Anexo III). A pesar de ello, parece, que el GE muestra mayor depresión que el GC, pero ni el MLM, ni el MLG lo detectan.



Figura 8.45: Evolución de las medias estimadas en el HAD-D hasta el segundo seguimiento.

· Subescalas del cuestionario QLQ-C30 y módulo BR-23

- Estatus Global de Salud (QoL):

En la tabla 91 (Anexo III) se observa que durante el tratamiento oncológico, las puntuaciones medias del GE ( $< 70$ ) se hallan por debajo de las del GC ( $>70$ ). En ambos grupos se observa cómo en la segunda medida su estimación de calidad de vida empeora con respecto a la observada inicialmente. En el GC esta media se mantiene y en el GE continúa empeorando. Sin embargo, una vez terminadas las sesiones de quimioterapia la calidad de vida en ambos grupos mejora, aunque el GE continúa mostrando puntuaciones medias más bajas que el GC.

En las tablas 92 y 93 (Anexo III) se exponen los resultados del MLG y MLM respectivamente. El resultado obtenido en ambos converge en que únicamente resulta estadísticamente significativo el tiempo ( $p=0,076$ ,  $\alpha=0,10$ ) y que según las comparaciones post hoc con corrección de Bonferroni (MLM) se observa (ver medias estimadas en la tabla 93) que es en la última sesión de tratamiento de quimioterapia cuando menor calidad de vida

muestran ambos grupos, mejorando a partir de ése momento en mayor medida que lo estaban en los registros iniciales. De hecho, el examen de contrastes ortogonales expresan perfectamente esta evolución destacando una tendencia cuadrática estadísticamente significativa (ver tabla 92).

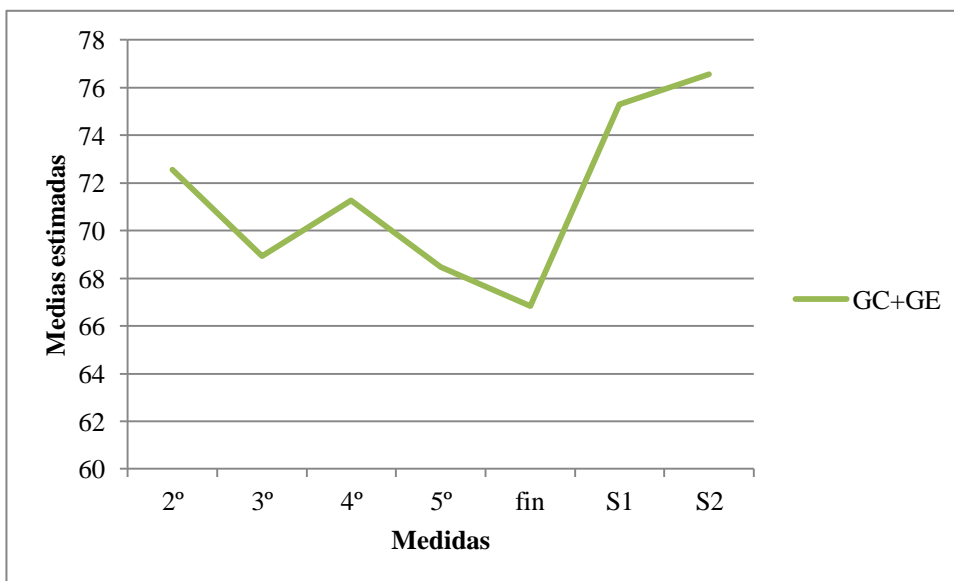


Figura 8.46: Evolución de las medias estimadas en la subescala QoL hasta el segundo seguimiento.

- Funcionamiento físico (PF):

En la tabla 94 (Anexo III) se observan dos cosas, por un lado, que el GC manifiesta hasta la última sesión de tratamiento un mejor funcionamiento que el GE, y por otro, que este mejor funcionamiento se mantiene prácticamente inalterado hasta el final de los seguimientos (GC: puntuaciones medias en torno a 80). Sin embargo, el GE experimenta un deterioro progresivo del Funcionamiento físico hasta el final del tratamiento, momento en el que muestran la peor puntuación media ( $M = 61,33$ ). Será a partir de entonces cuando su funcionamiento físico comience a alcanzando niveles similares a los del GC. En la tabla 95 (Anexo III) (MLG) apreciamos una diferencia estadísticamente significativa para la variable intra-sujeto, es decir, ambos grupos cambian del mismo modo a través del tiempo evolucionando con una tendencia cuadrática. Sin embargo, esta diferencia que se aprecia en la evolución de las medias de modo distinto en ambos grupos no se aprecia de modo estadístico (la interacción alcanza una probabilidad de los datos asumiendo verdadera la  $H_0$  de  $p=0,053$ ). En la citada tabla se aprecia que las diferencias en los registros de esta variable en los distintos momentos son mayores en el GE. Los resultados del análisis realizado con el MLM (tabla 96; Anexo III) están en sintonía con los resultados del MLG. Apreciamos también que la distancia mayor entre los GE y GC están en las dos últimas sesiones de tratamiento.

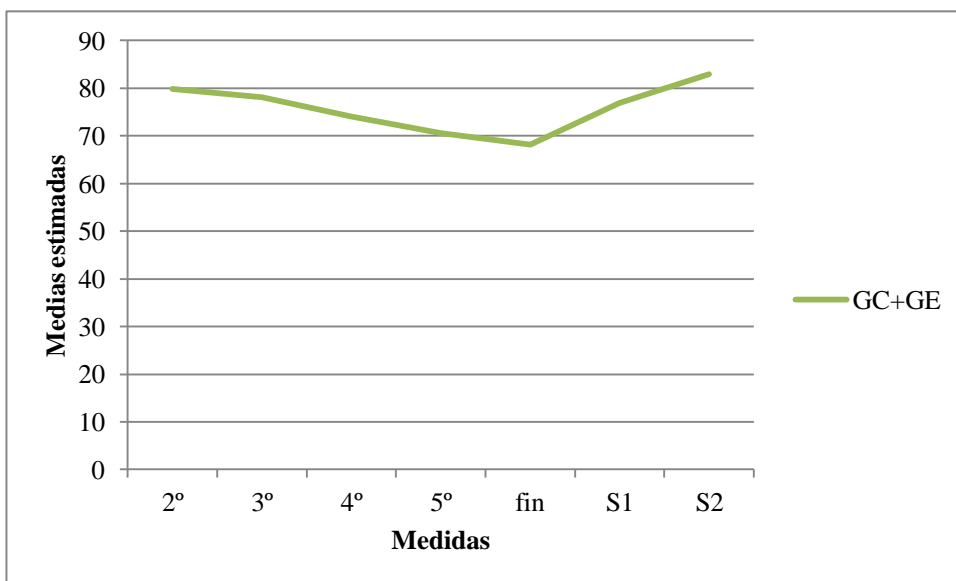


Figura 8.47: Evolución de las medias estimadas en la subescala PF hasta el segundo seguimiento.

- Funcionamiento Cognitivo (CF) y Funcionamiento Emocional (EF):

Observando la tabla 97 (Anexo III), parece que en ambas variables las medias son ligeramente inferiores en el GE, y también el percentil 25. Esto quiere decir que los pacientes con mayores dificultades a nivel cognitivo y emocional están en este grupo.

En cuanto al funcionamiento emocional, durante el tratamiento oncológico, se observa como ambos grupos experimentan una leve mejoría del primer registro al segundo, manteniéndose a partir de él más o menos constantes. Las puntuaciones medias del GC se hallan, en general entre 80 y 90, y en el GE entre 70 y 80. Una vez finalizado el tratamiento las puntuaciones medias mejoran. (tabla 97)

Ni el MLG ni el MLM destaca ninguna fuente de variación estadísticamente significativa. (tablas 98 y 99; Anexo III).

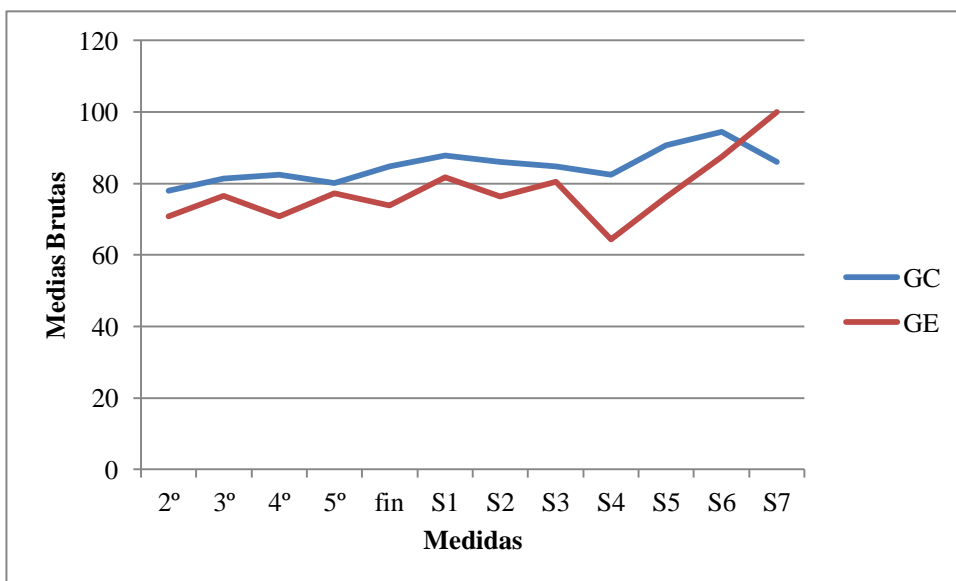


Figura 8.48: Evolución de las medias brutas en la subescala EF hasta séptimo seguimiento.

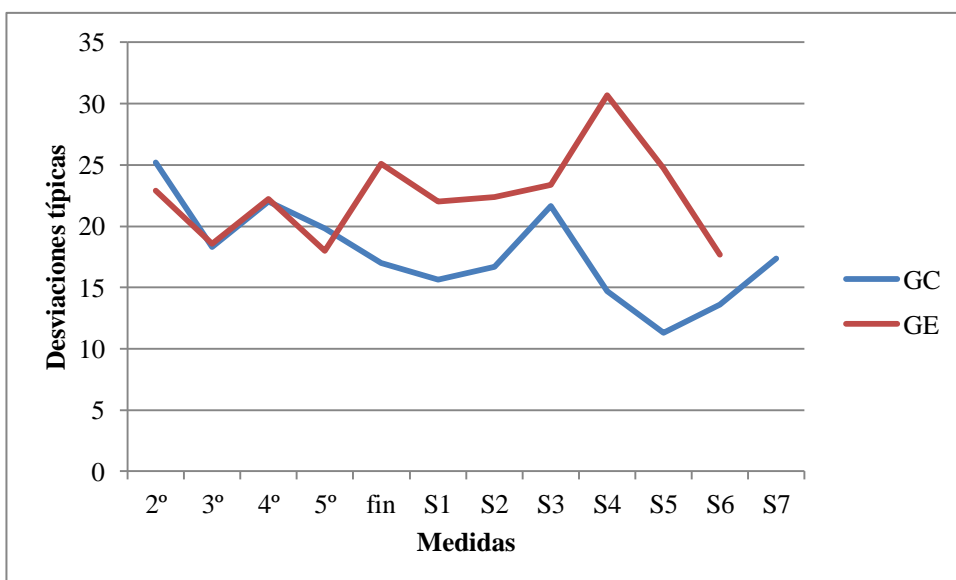


Figura 8.49: Desviaciones típicas en la subescala EF

En funcionamiento cognitivo, ambos grupos tienden a mantenerse, en general, constantes durante el tratamiento oncológico (ambos puntuaciones medias entre 80 y 90), mostrando las puntuaciones medias más elevadas tras finalizar éste (tabla 97; Anexo III)

Ambas estrategias de análisis destacan efectos estadísticamente significativos para la interacción (teniendo en cuenta hasta un valor del error de Tipo I a priori de 0,10), y es que el GE en la última sesión de tratamiento experimenta el peor momento, mejorando de modo significativo a partir de entonces. (ver tablas 100 y 101; Anexo III)

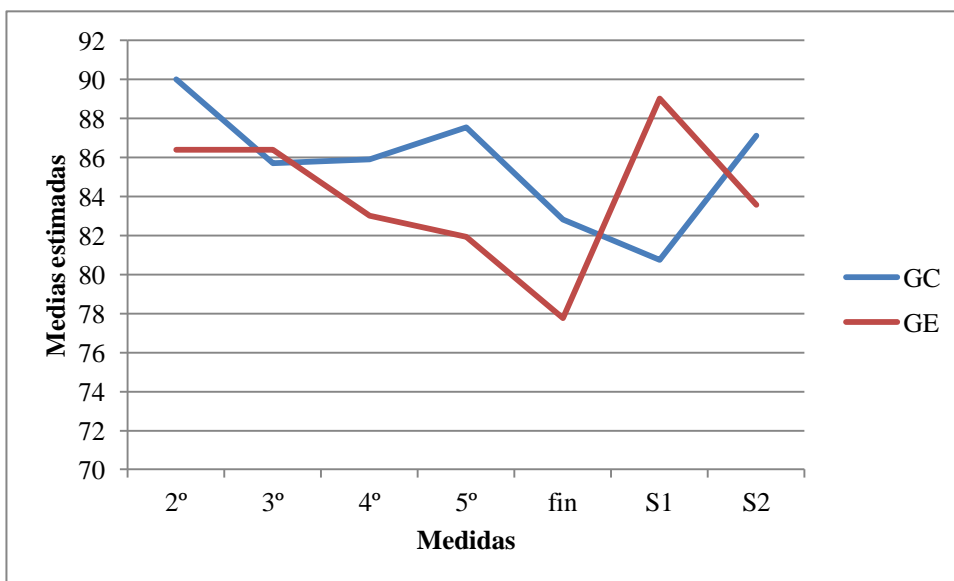


Figura 8.50: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala CF hasta el segundo seguimiento.

- Funcionamiento de Rol (RF) y Funcionamiento Social (SF):

En la tabla 102 (Anexo III) se observa cómo el GC manifiesta unas medias más altas (entre  $M_s > 80$ ), que incrementan ligeramente conforme avanzan las sesiones, desviaciones típicas menores y unos valores de percentil 25 y percentil 50 mayores que en el GE. El GE empeora ligera pero progresivamente conforme avanzan las sesiones de tratamiento ( $M_s < 80$ ), que, una vez concluido éste remontan a una situación similar a la del GC.

En las tablas 103 y 105 (anexo III) se muestran los resultados referentes al MLG para el Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Social respectivamente en el que es destacable una significación estadística entre los grupos en ambas variables (con una probabilidad  $p = 0,002$  y un tamaño del efecto (TE) elevado ( $\eta^2 = 0,365$ ) en ROL y algo menores en la variable Social), destacándose estas diferencias entre ambos grupos en casi todos los momentos en que fue registrada la respuesta. En las tablas 104 y 106 (Anexo III) se muestran los resultados del MLM para el Funcionamiento de Rol y Social, respectivamente. En este caso, añadida a la significatividad estadística de la variable entre grupos es destacable que sea estadísticamente significativa la variable intrasujeto. Se pone en evidencia que el grupo que más cambio experimenta sea el GE.

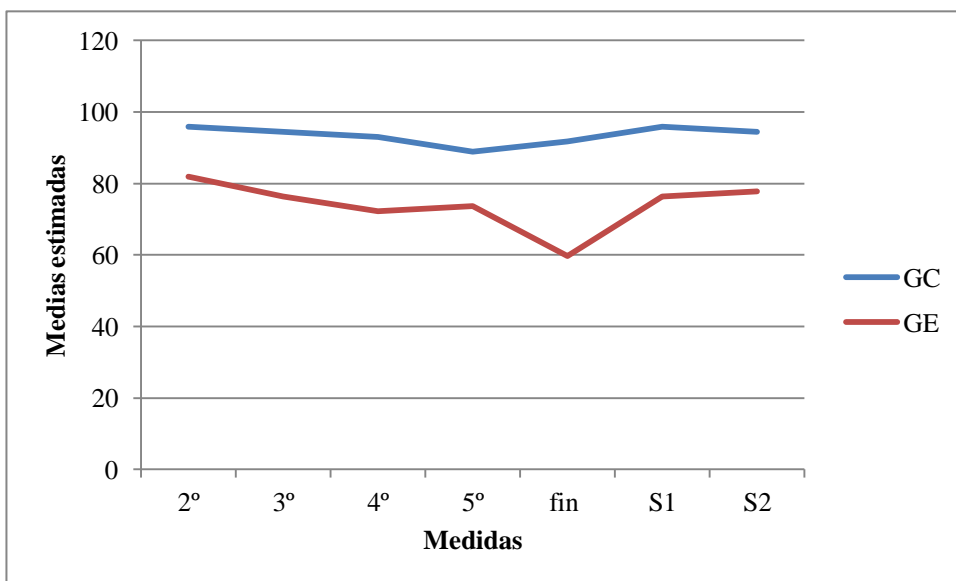


Figura 8.51: Evolución de las medias estimadas en la subescla RF hasta el segundo seguimiento.

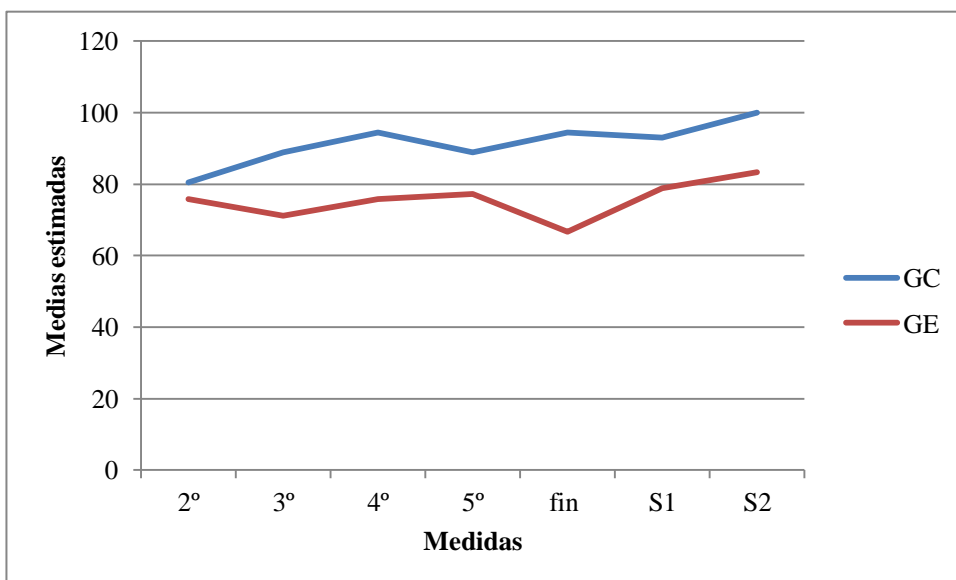


Figura 8.52: Evolución de las medias estimadas en la subescla SF hasta el segundo seguimiento.

- Nauseas/Vómitos (NV), Pérdida de Apetito (AP), Estreñimiento (CO) y Diarrea (DI):

En la Tabla 107 (Anexo III) se exponen los estadísticos descriptivos para las variables Nauseas/vómitos y Pérdida de Apetito. Un examen de conjunto indica que ni una ni otra variable parecen presentar niveles especialmente elevados. El percentil 75 se sitúa en los niveles medios de la escala en ambas variables en el GE que, parece sufrir más náuseas/vómitos y pérdida de apetito que el GC. El percentil 75 en el GC es muy bajo en ambas variables. Esto es indicativo de que sólo una pequeña parte de la muestra sufre estos problemas de forma acusada.

El examen visual de las medidas en la variable náuseas/vómitos, parece indicar más sintomatología en el GE, que además se incrementa con el avance de sesiones de tratamiento (puntuaciones medias entre 14 y 28). En el GC se observa cierta estabilidad a lo largo del de tratamiento (puntuaciones medias en torno a 10). En ambos grupos, una vez finalizado el tratamiento disminuye este problema.

Con independencia de si las puntuaciones medias son mayores o menores en un grupo u otro, atendiendo a las desviaciones típicas, es destacable la mayor variabilidad en el GE (tabla 107; Anexo III).

En la tabla 108 (Anexo III) apreciamos que las fuentes de variación estadísticamente significativas son la variable intra-sujeto (tendencia cuadrática) y la variable de agrupación (GC y GE), sin embargo, es preferible detenerse en los resultados del MLM (tabla 109; Anexo III) que es robusto en las situaciones donde se produce la pérdida de datos, y apreciamos estos mismos resultados. Podemos apreciar también que ambos grupos sufren cambios a través de las distintas fases de registro, pero que es el GE el que más experimenta este cambio de un modo mucho más acusado. La mayor diferencia entre ambos grupos está en las dos últimas sesiones de tratamiento.

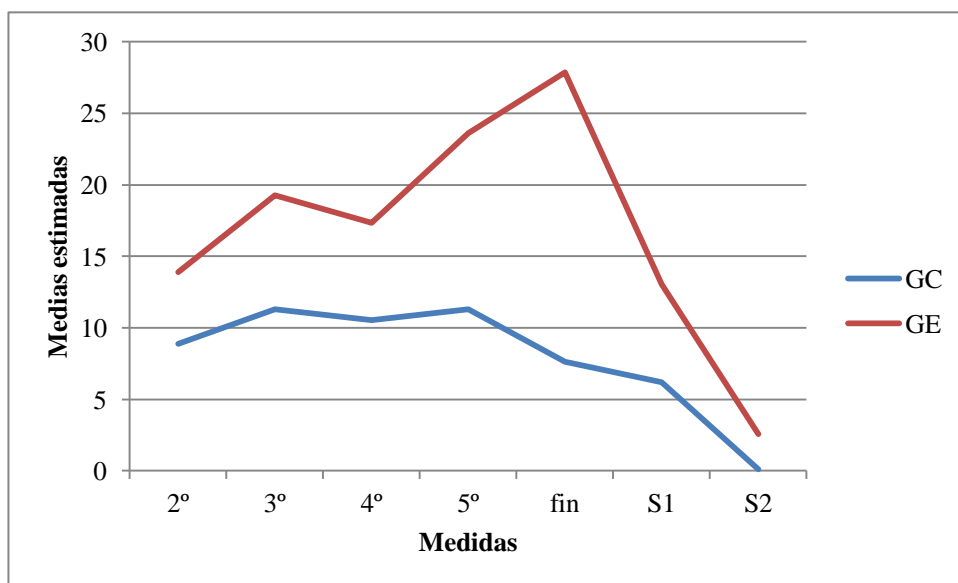


Figura 8.53: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala NV hasta el segundo seguimiento.

En lo que respecta a la pérdida de apetito parece mayor este problema también en el GE, al menos a lo largo de las sesiones de tratamiento (GE: Ms en torno a 30; GC: Ms < 13). En el seguimiento ambos tienden a converger (tabla 107; Anexo III). Al igual que con la variable náuseas/vómitos, con independencia de si las puntuaciones medias son mayores o menores en un grupo u otro, el GE presenta una mayor variabilidad (tabla 107). En las tablas 110 (MLG) y 111 (MLM) (Anexo III) observamos una convergencia en el resultado en el que la interacción es estadísticamente significativa. Apreciamos en la tabla 111 del MLM que únicamente en el GE

se aprecia una mejoría considerable de esta variable una vez concluido el tratamiento, y que las diferencias entre ambos grupo se hallan, excepto en la penúltima sesión de tratamiento y en las de seguimiento, en todas las demás.

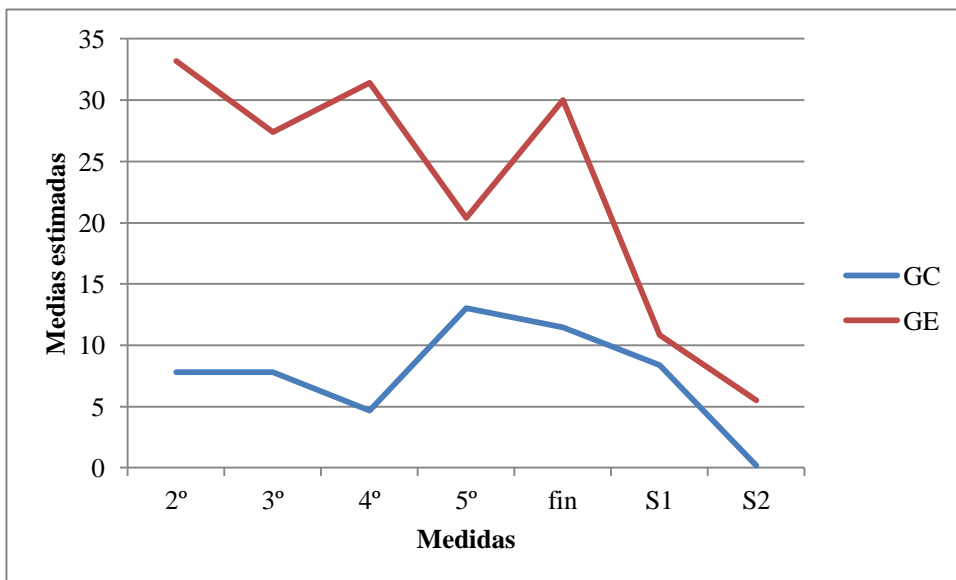


Figura 8.54: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala AP hasta el segundo seguimiento.

En la tabla 112 (Anexo III) se aprecia como para ambos grupo, ni el estreñimiento ni la diarrea son variables que supongan un importante problema (puntuaciones medias  $\leq 25$ ), aunque parece más presente el estreñimiento. El percentil 75 es muy pequeño en ambos grupos y parecidas las desviaciones típicas y las medias. Las puntuaciones medias en estreñimiento parecen indicar que, durante el tratamiento está ligeramente más presente en el GC. En los seguimientos se invierte o es similar. En cambio, la diarrea parece más presente en el GE.

En las tablas 113 y114 (Anexo III) donde se exponen los resultados del MLG y MLM para la variable estreñimiento se puede observar que únicamente el MLM detecta una interacción estadísticamente significativa, y que es en el GC donde se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la tercera sesión de tratamiento y la última. Con respecto a la Diarrea el MLG (tabla 115; Anexo III) destaca la variable intrasujeto como estadísticamente significativa con una tendencia lineal. El MLM destaca la interacción estadísticamente significativa, en mayor media se experimenta en el GE y la mayor distancia entre ambos es en el tercer momento de tratamiento (tabla 116; Anexo III).



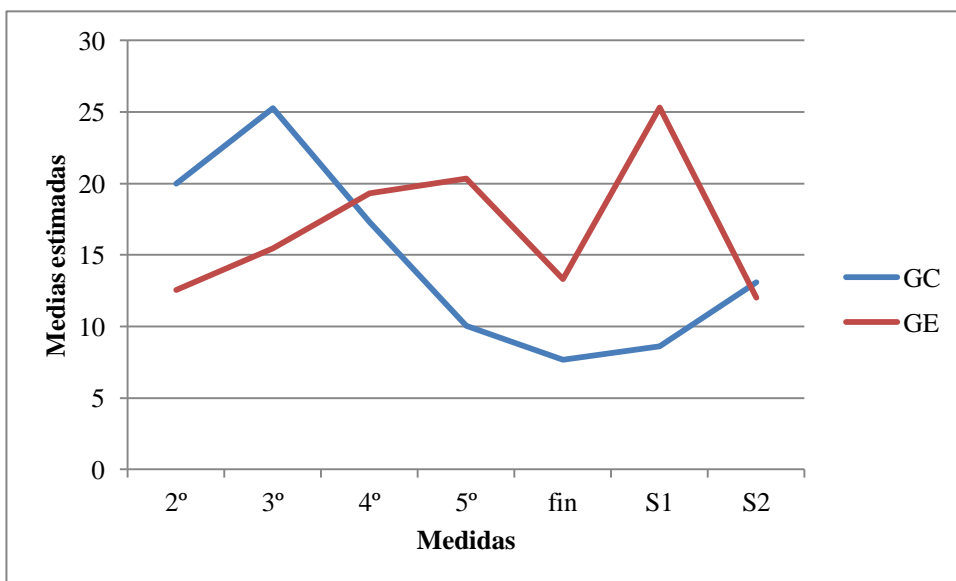


Figura 8.55: Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala CO hasta el segundo seguimiento.

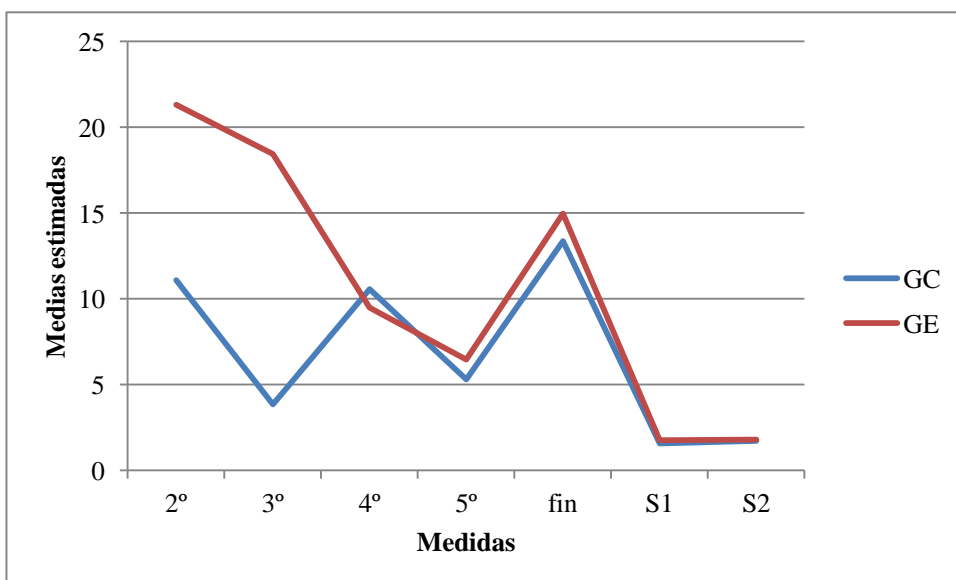


Figura 58: : Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala DI hasta el segundo seguimiento.

- Dificultad para dormir (SL):

Se observa en la tabla 117 (Anexo III) que los pacientes del GE parecen dormir ligeramente peor que los del GC (ambos puntuaciones medias en torno a 30). Además, parece que en el GE se encuentran los pacientes que peor duermen de toda la investigación (mayor valor en el percentil 75).

La mayor o menor dificultad para dormir, en ambos grupos, permanece prácticamente estable en los registros efectuados bajo tratamiento. Una vez finalizado éste mejoran ambos

sensiblemente. Ni el MLG (tabla 118) ni el MLM (tabla 119) (Anexo III) aprecia diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las fuentes de variación.

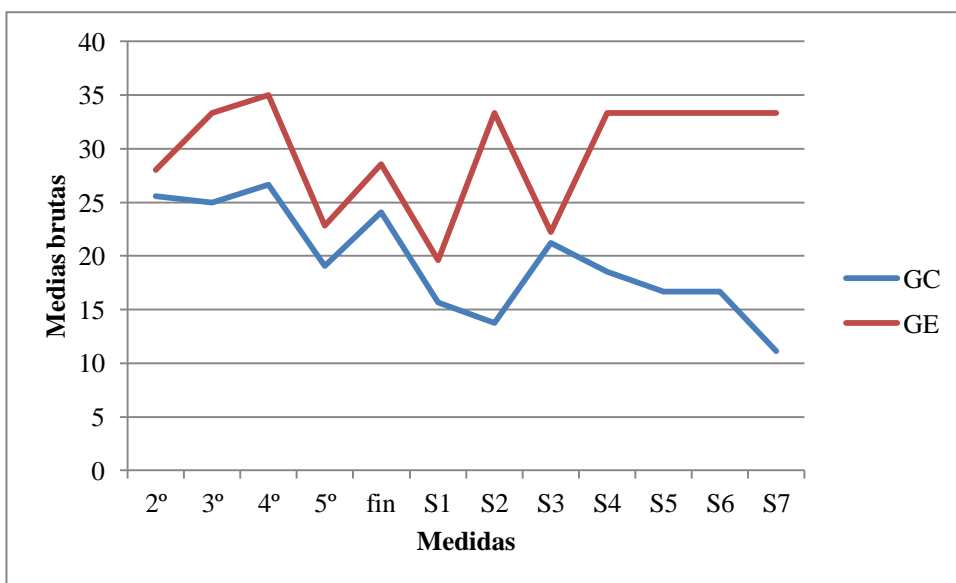


Figura 8.56: Evolución de las medias brutas en la subescala SL hasta el séptimo seguimiento.

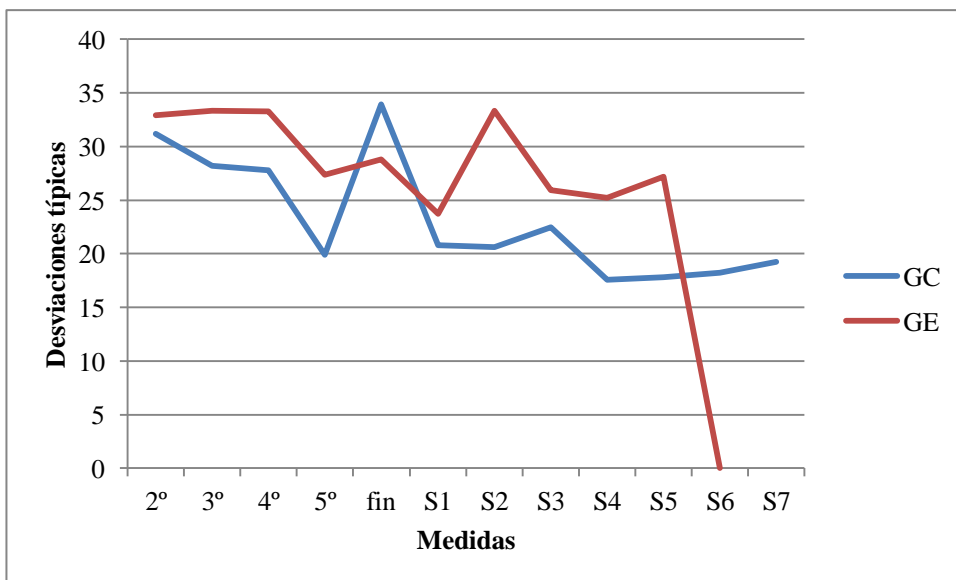


Figura 8.57: Desviaciones típicas en la subescala SL

- Dolor (PA):

En la tabla 117 (Anexo III) se observa que los pacientes del GE parecen experimentar más dolor, puntuaciones medias en torno a 20/25, que los pacientes del GC, puntuaciones medias en torno a 15. Aunque parece que ambos grupos tienen una ligera mejoría una vez terminado el tratamiento, no experimentan tanta como la observada en las variables

anteriores. Es destacable, de una parte, que al menos el 75% de los pacientes experimentan muy bajos niveles de dolor (ver el percentil 75), y de otra, la gran variabilidad que aparece.

Ni el MLG ni el MLM aprecia diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las fuentes de variación (tablas 120 y 121; Anexo III).

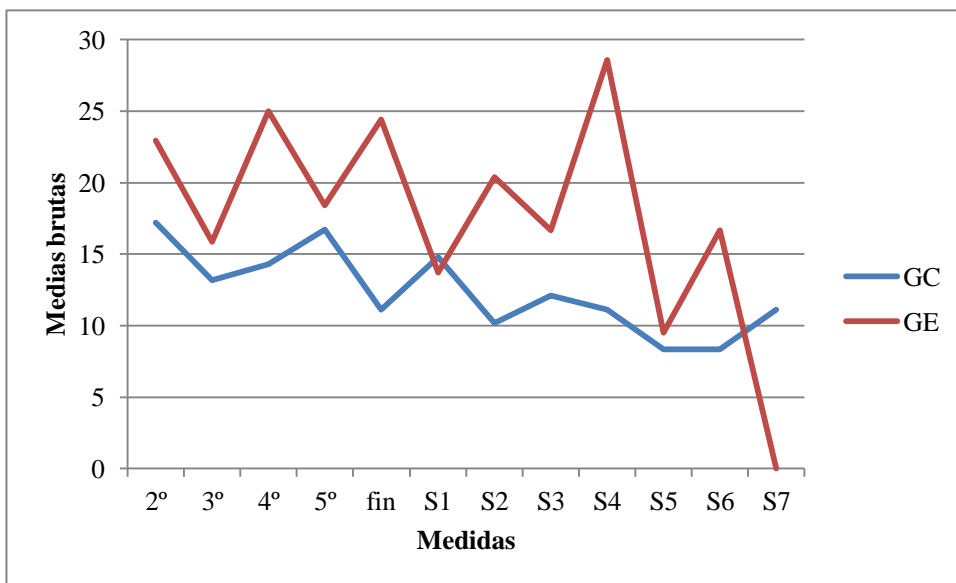


Figura 8.58: Evolución de las medias brutas en la subescla PA hasta el séptimo seguimiento.

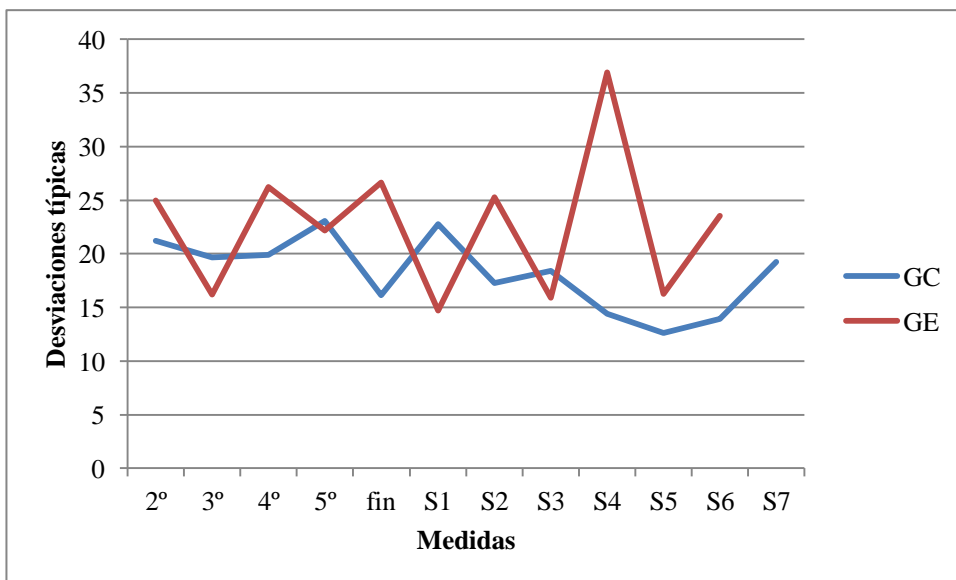


Figura 8.59: Desviaciones típicas en la subescala PA

- Cansancio (FA) y Disnea (DY):

En la tabla 122 (Anexo III) se observa como la variable cansancio destaca en el GE (puntuaciones medias > 30), que parece empeorar conforme avanzan las sesiones. En el GC no sólo parecen experimentar un menor cansancio (puntuaciones medias en torno a 25), sino que una vez concluido el tratamiento parece mejorar de modo más notorio que en el GE.

En las tablas 123 y 124 (Anexo III) se muestran los resultados para el MLG y MLM de la variable cansancio. El MLM muestra que la variable intrasujeto es estadísticamente significativa evolucionando de modo cuadrático. No obstante, las diferencias entre ambos grupos, GC y GE que se observan en la tabla de las medidas se dejan ver en la parte inferior de la tabla del MLG, esto es, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en las dos medidas iniciales ni en las dos últimas, pero sí en las medidas centrales. El resultado del MLM destaca cómo la interacción es estadísticamente significativa, y cómo el cambio lo experimenta el GE.

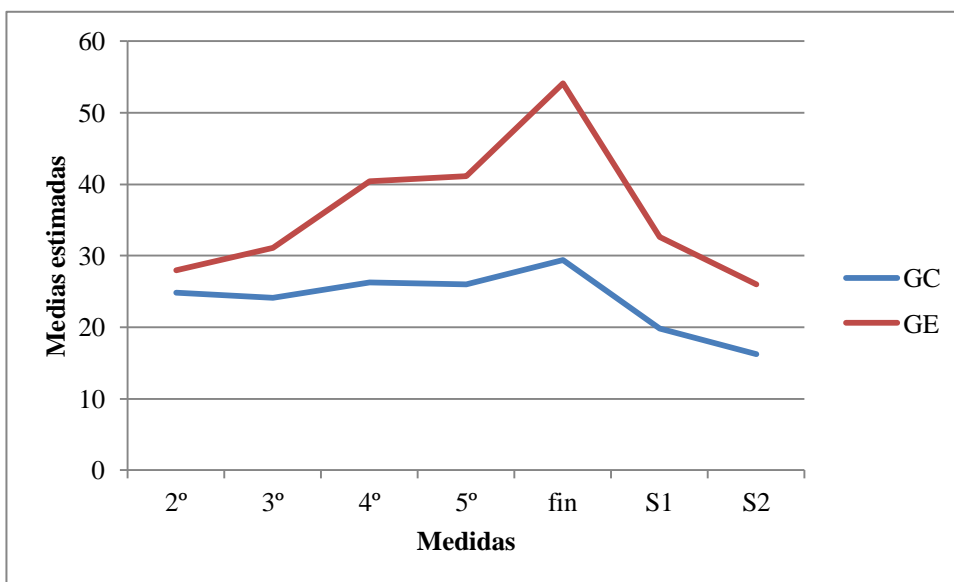


Figura 8.60: : Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala FA hasta el segundo seguimiento.

En relación a la variable disnea, la tabla 122 (Anexo III) muestra cómo ésta apenas es destacable para los pacientes en ninguno de los grupos (puntuaciones medias < 12). Además, ni el MLG ni el MLM destaca ninguna fuente de variación estadísticamente significativa (tablas 125 y 126; Anexo III).

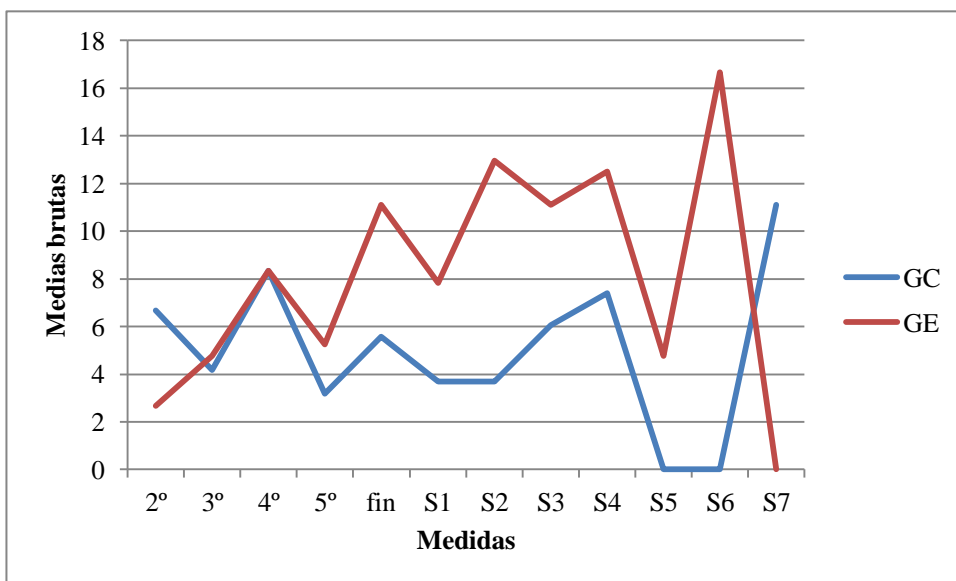


Figura 8.61: Evolución de las medias brutas en la subescala DY hasta el séptimo seguimiento

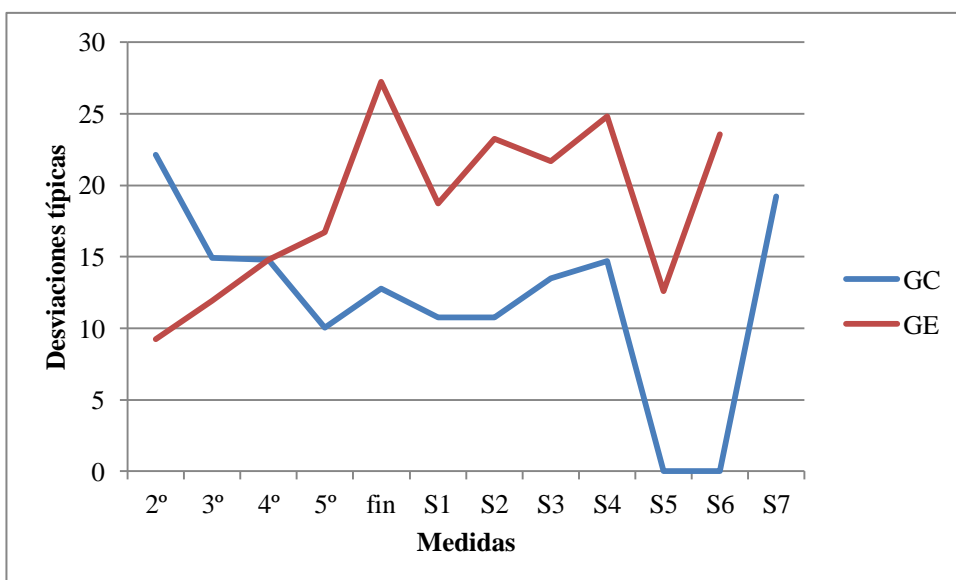


Figura 8.62: Desviaciones típicas en la subescala DY

· Subescalas del módulo específico de mama: BR-23.

- Imagen corporal y Perspectiva Futura

En la tabla 127 (Anexo III) se observa que la Imagen Corporal parece más favorable en el GE (puntuaciones medias en torno a 80), y aunque empeora en las últimas sesiones de tratamiento y primer seguimiento (Md < 80), en adelante incrementa sus valores. El GC alcanza una mejor valoración en el seguimiento que durante el tratamiento pero inferior en todo momento al GE. El GC experimenta también las mayores desviaciones típicas y los percentiles inferiores.

## Resultados

El MLG (tabla 128) y el MLM (tabla 129) (Anexo III) convergen en el resultado. Aunque la interacción es estadísticamente significativa con una probabilidad inferior al 10% ( $\alpha=0,10$ ) y la variable intra-sujeto experimenta un tiempo estadísticamente significativa con un error de Tipo I empírico inferior a 0,05, deseamos destacar el efecto de la interacción, que, como se aprecia en las citadas tablas pone de manifiesto lo que se observa en la tabla 127 (Anexo III).

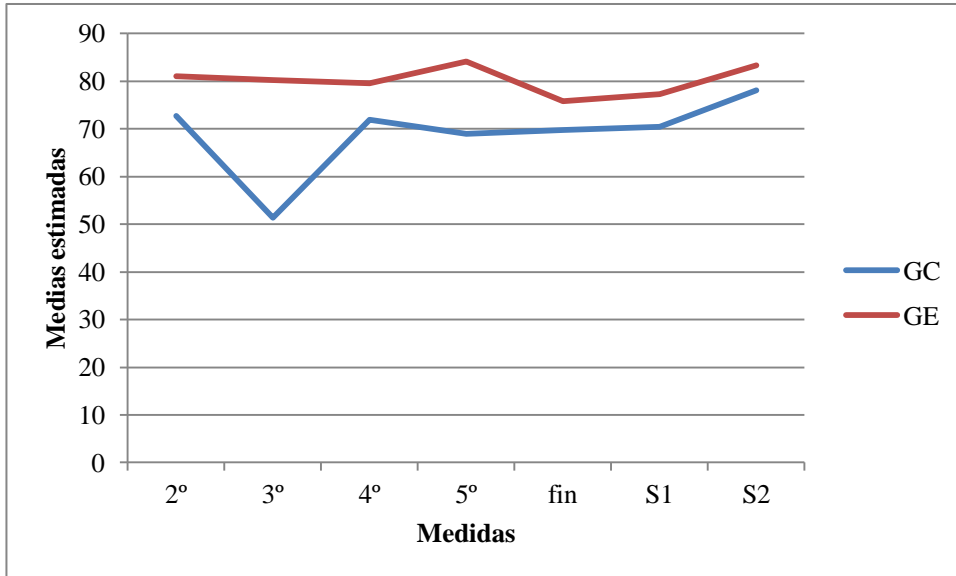


Figura 8.63: : Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala Imagen Corporal hasta el segundo seguimiento.

En cuanto a la variable Perspectiva Futura, parece que el GC presenta mejores valoraciones (entre 70 y 87) que el GE ( $M_s < 70$ ). Sin embargo, el examen de las medias parece indicar cómo el GC cada vez presenta peores puntuaciones y el GE mejores (tabla 127; Anexo III). El MLG (tabla 130) y el MLM (tabla 131) (Anexo III) convergen en el resultado. La interacción es estadísticamente significativa.

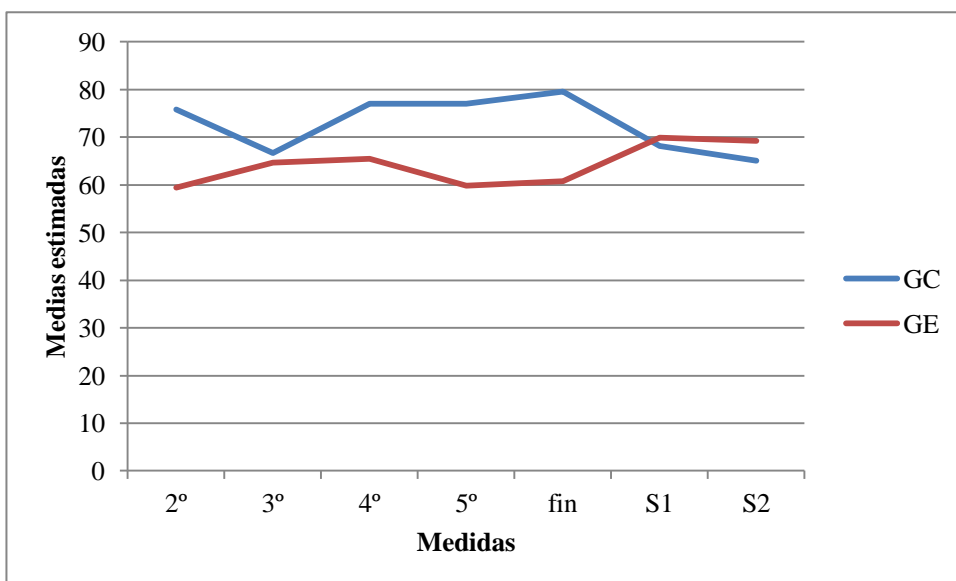


Figura 8.64: : Evolución e interacción de las medias estimadas en la subescala Perspectiva futura hasta el segundo seguimiento.

- Funcionamiento Sexual y Satisfacción Sexual

En la tabla 132 (Anexo III) se observa que el Funcionamiento sexual parece más deteriorado que la Satisfacción Sexual. En Funcionamiento Sexual las puntuaciones medias en el GC se hallan entre 18 y 30 y en el GE, entre 17 y 35. En Satisfacción Sexual las puntuaciones medias en el GC se hallan entre 45 y 70 y en el GE entre 30 y 75.

Aunque ambos grupos presentan puntuaciones medias muy similares parece que, en la variable Funcionamiento Sexual el GE alcanza unas medias ligeramente mayores que el GC durante el tratamiento, en cambio, en la variable Satisfacción Sexual ocurre a la inversa. Sin embargo, observando los percentiles éstos resultan muy similares. Además, se observa que en ambas variables que las desviaciones típicas son mayores en el GC (existe mucha variabilidad en la respuesta) que en el GE. También se observa que la variable Satisfacción Sexual mejora considerablemente en el seguimiento en ambos grupos, prácticamente por igual, y no así el Funcionamiento Sexual. (tabla 132)

El análisis mediante el MLG no muestra diferencias estadísticamente significativas en ninguna fuente de variación para ninguna de las variables (tablas 133 y 135; Anexo III), sin embargo el MLM muestra sólo en la variable Funcionamiento sexual un efecto significativo de la variable intra-sujeto (tabla 134; Anexo III), apreciándose diferencias entre los momentos centrales y finales del tratamiento y el seguimiento.

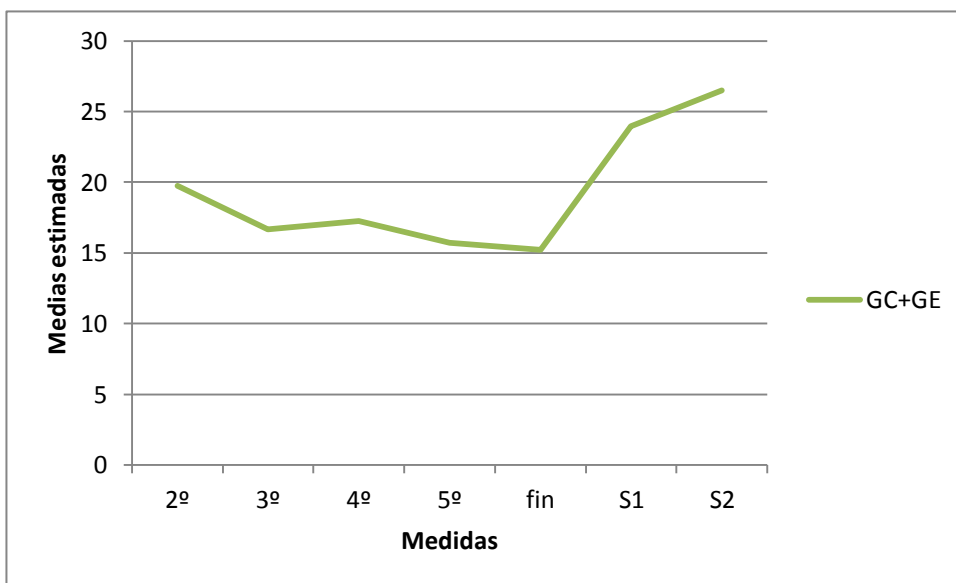


Figura 8.65: Evolución de las medias estimadas en la subescala Funcionamiento Sexual hasta el segundo seguimiento.

## Resultados

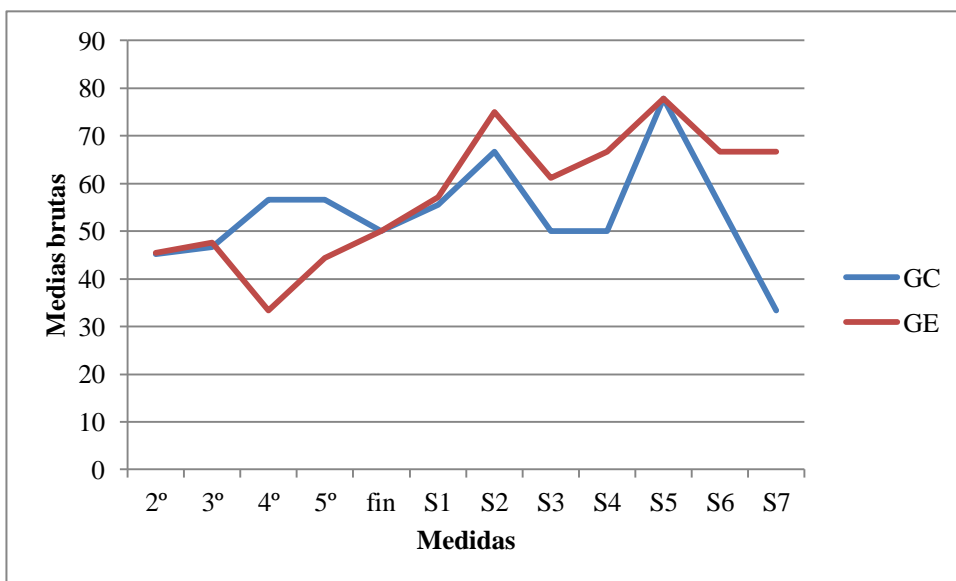


Figura 8.66: Evolución de las medias brutas en la subescala Satisfacción sexual hasta el séptimo seguimiento

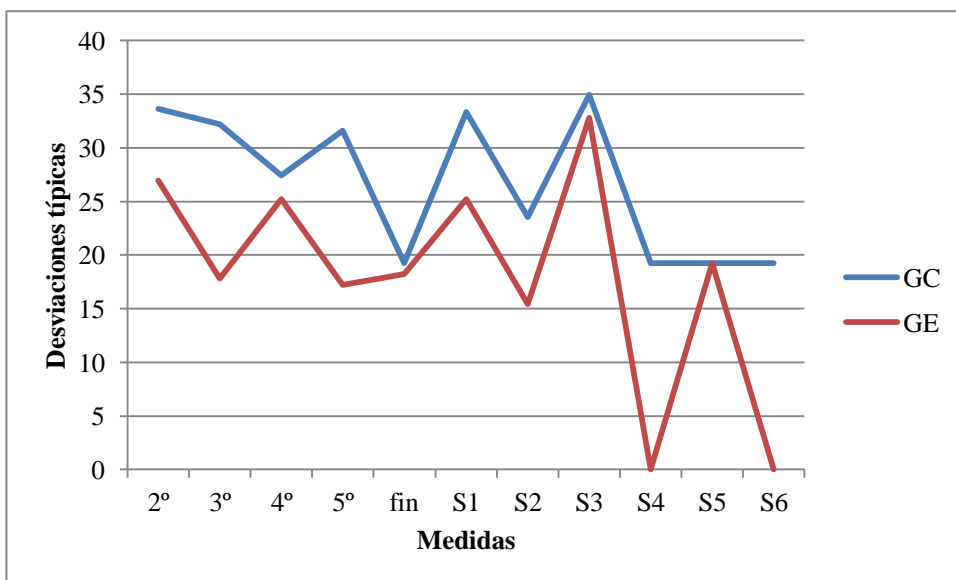


Figura 8.67: Desviaciones típicas en la subescala Satisfacción Sexual

### - Efectos del Tratamiento

Observando los estadísticos descriptivos (tabla 137; Anexo III), ambos grupos presentan una situación similar, las puntuaciones medias se mantienen más o menos constantes a lo largo del tratamiento (en torno a 30) y mejoran en los seguimientos ( $M_s < 17$ ). Probablemente, esto sea consecuencia de la ausencia del tratamiento de quimioterapia en los seguimientos, con la consiguiente desaparición de, al menos, la mayoría de sus efectos.

Tanto el análisis mediante el MLG (tabla 138) como mediante el MLM (tabla 139) (Anexo III) muestra el efecto del tiempo estadísticamente significativo, tendencia lineal estadísticamente significativa con un TE elevado.



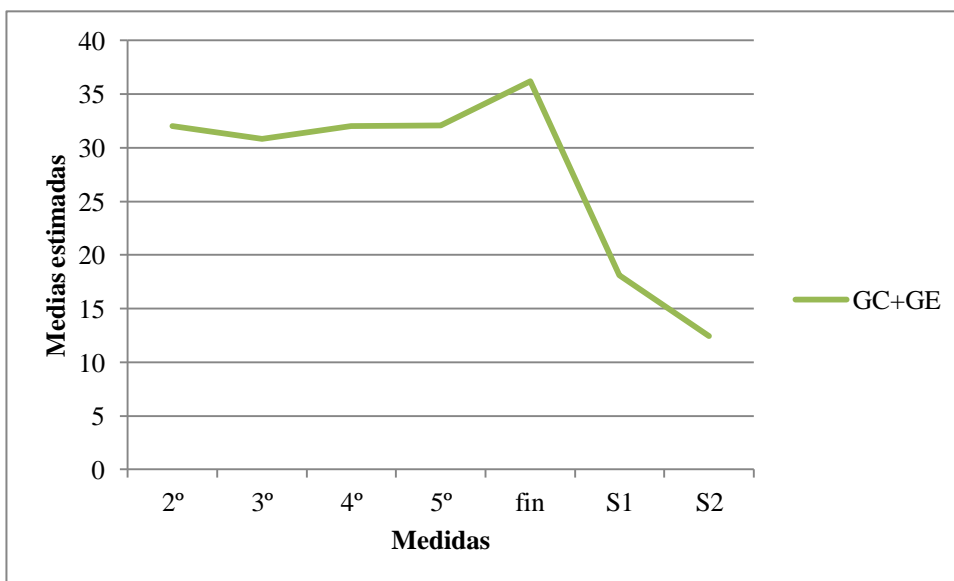


Figura 8.68: Evolución de las medias estimadas en la subescala Efectos del Tratamiento hasta el segundo seguimiento.

- Pérdida de Pelo

En ambos grupos, se observa una mayor sintomatología en los primeros ciclos de quimioterapia, en los que se inicia de forma acusada el efecto del tratamiento (tabla 137; Anexo III). A partir de este momento las puntuaciones se mantienen más o menos constantes, puesto que la mayoría de los pacientes ya han perdido casi de forma total el pelo.

Los datos en relación a los seguimientos deben leerse en términos del escaso número de pacientes que presentan este síntoma en estos momentos en ambos grupos ( $N < 4$ ), consecuencia de la retirada del tratamiento oncológico y por tanto de su efecto, en relación a la caída de pelo. En este caso, el examen de la pérdida de pelo no se puede examinar por la enorme cantidad de valores missing, en su mayoría debido a la forma de respuesta del cuestionario ya que sólo contestan a esta subescala aquellos que presentan el síntoma.

- Síntomas de la Mama y del Brazo

Observando los valores de las medias ( $< 30$ ) y los percentiles (valores bajos) parece estos síntomas no son especialmente destacables en ninguno de los grupos (tabla 140; Anexo III). Sin embargo, sí que parece apreciarse, en ambos grupos, un ligero empeoramiento cuando finalizan las sesiones de tratamiento, en concreto, en las dos primeras medidas de seguimiento, empeoramiento que es mayor en el GE. En el tercer seguimiento y más allá, el GE muestra una mejor valoración.

El GE mejora conforme avanzan las sesiones de tratamiento de modo más acusado que el GC, aunque sólo en los síntomas de la mama (tabla 140).

Los resultados del análisis inferencial mediante el MLG muestra la significación estadística de lo que observamos en los estadísticos descriptivos. Con respecto a los síntomas de Mama, en

la tabla 141 (Anexo III) (MLG) se muestra la variable intra-sujeto estadísticamente significativa y una tendencia cuadrática. Se muestra en la tabla 142 (Anexo III) cómo el análisis del MLM converge en el resultado. En la tabla 140 apreciamos que los síntomas de brazo eran muy similares en ambos grupos, y de hecho, sólo el MLG (tabla 143; Anexo III) muestra diferencias entre-grupos estadísticamente significativas, siendo peor la valoración en el GE.



Figura 8.69: Evolución de las medias estimadas en la subescala Síntomas de la mama hasta el segundo seguimiento.

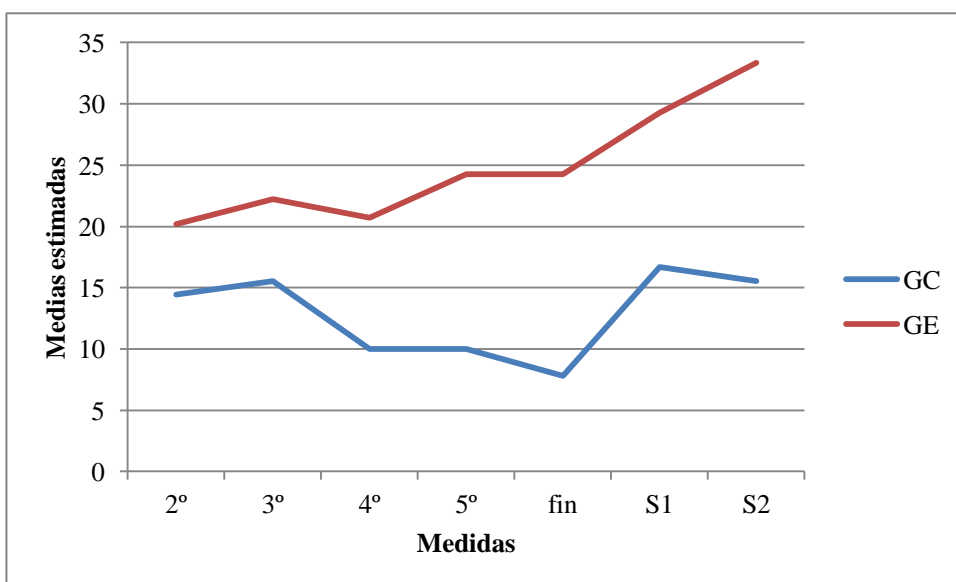


Figura 8.70: Evolución de las medias estimadas en la subescala Síntomas del Brazo hasta el segundo seguimiento.

## **8.4 Estudio del estado de la muestra, en cada momento del tratamiento y a lo largo del seguimiento, mediante la descripción de la evolución y comparación de los pacientes (GC/GE) en cada tipo de tumor (cáncer de pulmón/cáncer de mama), en relación a síntomas, estado emocional, preocupaciones y nivel de funcionamiento/actividad.**

Para todas las variables, en ambos grupos de pacientes (cáncer de pulmón y cáncer de mama), se produce la pérdida de datos debido a la muerte experimental acaecida a lo largo del tratamiento oncológico (tablas 7.1 y 7.3 respectivamente). Estas pérdidas, dificultan la aplicación de pruebas estadísticas de contraste, puesto que no se cumplen los criterios metodológicos exigidos (por ejemplo, tamaño de la muestra: casilla con frecuencia menor de 5 sujetos) que recomienden su utilización. Esto, por tanto, sólo permite exponer los datos y su interpretación descriptiva.

### *A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN*

#### **8.4.1 Síntomas**

En general, todos los síntomas parecen tener poca relevancia en la semana posterior a la administración de la quimioterapia. En cambio, en el periodo transcurrido entre ciclos parece destacar la presencia de algunos síntomas. Los síntomas más prevalentes parecen ser, el cansancio y la fatiga. Si tenemos en cuenta, frecuencias e intensidades altas, destacan el cansancio y el dolor.

##### · Síntomas gastrointestinales

Estos síntomas presentan poca repercusión en estos pacientes. Sin embargo, es necesario señalar que, cuando éstos son referidos, en general, los pacientes manifiestan frecuencias e intensidades medias-altas.

##### - **Náuseas y vómitos.**

· Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos, se observa que menos del 30% de los pacientes refieren náuseas tras la administración de la quimioterapia y a lo largo del tratamiento oncológico (tabla 1; Anexo IV). En cuanto a vómitos, el porcentaje es más bajo (<20%), e incluso, en la última medida registrada ningún paciente indica este síntoma (tabla 2; Anexo IV). En las mismas tablas se observa que, en cuanto a la intensidad de las náuseas, mientras que los pacientes del GC afectados, lo están en diferente grado, los del GE refieren alta intensidad. Con respecto a los vómitos, en el GC el mayor porcentaje de pacientes afectados refiere poca intensidad. En el GE, los pacientes afectados lo están en las primeras medidas, en todas las intensidades registradas.

En general, parece que ambos síntomas tienden a desaparecer a medida que avanza la quimioterapia. No obstante, el escaso número de pacientes afectados sólo permite considerar la baja presencia de los síntomas (tablas 1 y 2; Anexo IV).

· Intensidad y frecuencia entre ciclos de quimioterapia: En el GC se observa como estos síntomas sólo aparecen al final de tratamiento y primer seguimiento, indicando frecuencia alta e intensidad, en general, baja (tablas 3, 4, 5 y 6; Anexo IV). En el GE, tan sólo un paciente refiere estos síntomas en cada momento del tratamiento oncológico. Parece que tanto la frecuencia como la intensidad se sitúan en valores medios-altos.

La escasa incidencia e intensidad de estos síntomas, en ambos grupos, sugiere la poca relevancia clínica y personal del problema.

#### - **Pérdida de apetito.**

· Intensidad post-quimioterapia: En ambos grupos, más del 70% de los pacientes no refieren experimentar este síntoma. Al inicio de la quimioterapia, el mayor porcentaje de afectados se halla en el GE (24%). Este porcentaje se iguala entre ambos grupos en el resto de medidas. No obstante parece que los pacientes del GE indican mayor intensidad. Estos datos sugerirían un peor estado en el GE, si bien, el escaso número de pacientes no permite sostener esta afirmación con garantías (tabla 7; Anexo IV)

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.1 y 8.2): En ambos grupos, el porcentaje de pacientes afectados se halla en torno al 20-30%. Al inicio de la quimioterapia, el mayor porcentaje de afectados se halla en el GE (31%), mientras que en el resto de medidas, ambos grupos, se igualan. En el seguimiento, en cambio, el GC parece empeorar. En el GC, el síntoma cuando está presente, lo está a diario y con intensidad media/baja y alta. En el GE, la mayoría de los pacientes afectados también lo refiere siempre. En cuanto a la intensidad, al inicio del tratamiento oncológico, el síntoma está presente en todas las intensidades registradas. Hacia la mitad se reduce, incrementándose al final de la quimioterapia.

#### · **Dolor**

· Intensidad post-quimioterapia: En ambos grupos, apenas es destacable la presencia de este síntoma. Si bien, cuando es referido (<10% de los pacientes) se indican intensidades medias-altas (tabla 8; Anexo IV).

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.3 y 8.4): En ambos grupos, en general, más del 60% de los pacientes no refieren experimentar dolor. De los que sí lo experimentan, el mayor porcentaje indica alta frecuencia. Si bien, este porcentaje, se reduce a medida que avanza el tratamiento oncológico. En cuanto a la intensidad, mientras que en el GC, se observan, en general, altas intensidades del síntoma, en el GE, destacan las

intensidades bajas y moderadas. Estos datos parecen señalar más frecuencia e intensidad del dolor en el GC.

#### **- Fatiga y cansancio**

Estos dos síntomas, teniendo en cuenta el número de pacientes que los refieren, parecen ser los más relevantes. La fatiga, está presente en torno a la mitad de los pacientes a lo largo del tratamiento oncológico. El cansancio es referido por un alto porcentaje de pacientes (60-70%) a lo largo de todas las medidas y se experimenta con alta frecuencia e intensidad.

#### **- Fatiga.**

- Intensidad post-quimioterapia: En ambos grupos este síntoma es prácticamente inexistente en este momento del tratamiento (tabla 9; Anexo IV).

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.5 y 8.6): En ambos grupos, en cada momento de medida, está presente en torno al 50% de los pacientes. La mayoría de los pacientes afectados, en el GC, lo están a diario y, en el GE, a veces o a diario. A lo largo del tratamiento, en ambos grupos, la fatiga ocurre en todas las intensidades. Los pacientes afectados, en general, indican su intensidad en los dos extremos: baja-media o intensa.

A pesar, de la semejanza de ambos grupos, mientras que el GE parece mejorar en el seguimiento, en el GC, el problema se mantiene. En todo caso, el escaso tamaño de muestra disponible dificulta concluir con garantías sobre la evolución de los grupos.

#### **- Cansancio.**

- Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos, sólo en las dos primeras medidas se observan pacientes que refieren cansancio (menos del 20%). De éstos, mientras que en el GC refieren poca o moderada intensidad, en el GE, en general, refieren alta intensidad (tabla 10; Anexo IV).

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.7 y 8.8): en ambos grupos afecta a más del 50% de los pacientes. En el GC, los afectados, en general, refieren experimentarlo a diario y con alta intensidad. En el GE, los afectados, en general, los están frecuentemente. Aproximadamente la mitad de ellos indican intensidad baja-moderada y la otra mitad alta.

En el seguimiento, destaca como en ambos grupos, el cansancio continúa con mucha presencia y alta intensidad.

· **Dificultad para dormir**

· Frecuencia post-quimioterapia: este síntoma apenas se observa en el GC, y en el GE está ausente. (tabla 11; Anexo IV)

· Frecuencia entre ciclos de quimioterapia (tabla 8.9): en el GC, hasta la mitad del tratamiento oncológico, al menos el 50% de los pacientes tiene problemas para dormir a diario. En el final y seguimiento, se reducen los afectados pero se mantiene la presencia del problema. En el GE, en todas las medidas, menos del 40% de los pacientes presentan dificultad para dormir. Siendo más frecuentes al inicio.

Resultados

Tabla 8.1: Pérdida de apetito: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	19	79,2	10	83,3	7	77,8	3	37,5
1 raramente								
2 a veces								
3 con frecuencia								
4 siempre	5	20,8	2	16,7	2	22,2	5	62,5
Total	24	100	12	100	9	100	8	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	20	69,0	16	88,9	13	92,9	9	90,0
1 raramente	1	3,4						
2 a veces	2	6,9						
3 con frecuencia								
4 siempre	6	20,7	2	11,1	1	7,1	1	10,0
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.3: Dolor: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	15	62,5	7	58,3	6	75,0	4	57,1
1 raramente			1	8,3				
2 a veces	1	4,2						
3 con frecuencia								
4 siempre	8	33,3	4	33,3	2	25,0	3	42,9
Total	24	100	12	100	8	100	7	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	18	62,1	11	61,1	10	71,4	9	90,0
1 raramente					1	7,1		
2 a veces	4	13,8	4	22,2	1	7,1		
3 con frecuencia			1	5,6	1	7,1		
4 siempre	7	24,1	2	11,1	1	7,1	1	10,0
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.2: Pérdida de apetito: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	19	79,2	10	83,3	7	77,8	3	37,5
1 poco					1	11,1	3	37,5
2 moderado	2	8,3						
3 bastante			1	8,3				
4 mucho	3	12,5	1	8,3	1	11,1	2	25,0
Total	24	100	12	100	9	100	8	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	20	69,0	16	88,9	13	92,9	9	90,0
1 poco	3	10,3	2	11,1				
2 moderado	2	6,9						
3 bastante	2	6,9						
4 mucho	2	6,9			1	7,1	1	10,0
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.4: Dolor: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	15	68,2	7	63,6	6	75,0	4	57,1
1 poco			2	18,2				
2 moderado	2	9,1	1	9,1	2	25,0	1	14,3
3 bastante							1	14,3
4 mucho	3	13,6	1	9,1			1	14,3
Total	22	100	11	100	8	100	7	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	18	62,1	11	61,1	10	71,4	9	90,0
1 poco	1	3,4	2	11,1	2	14,3		
2 moderado	6	20,7	4	22,2	1	7,1		
3 bastante	1	3,4	1	5,6	1	7,1		
4 mucho	3	10,3					1	10,0
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Resultados

Tabla 8.5: Fatiga, frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	13	54,2	8	66,7	4	44,4	3	42,9
1 raramente								
2 a veces	2	8,3	1	8,3			1	14,3
3 con frecuencia	1	4,2			1	11,1		
4 siempre	8	33,3	3	25,0	4	44,4	3	42,9
Total	24	100	12	100	9	100	7	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	17	58,6	8	44,4	7	50,0	8	80,0
1 raramente	1	3,4	1	5,6				
2 a veces	6	20,7	4	22,2	3	21,4	1	10,0
3 con frecuencia	1	3,4	1	5,6	1	7,1		
4 siempre	4	13,8	4	22,2	3	21,4	1	10,0
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.7: Cansancio: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	10	41,7	5	41,7	2	22,2	2	25,0
1 raramente								
2 a veces	1	4,2						
3 con frecuencia								
4 siempre	13	54,2	7	58,3	7	77,8	6	75,0
Total	24	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	10	34,5	7	36,8	4	28,6	4	40,0
1 raramente	2	6,9	1	5,3			1	10,0
2 a veces	4	13,8	3	15,8	4	28,6	2	20,0
3 con frecuencia	2	6,9	1	5,3	1	7,1		
4 siempre	11	37,9	7	36,8	5	35,7	3	30,0
Total	29	100	19	100	14	100	10	100

Tabla 8.6: Fatiga: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	13	56,5	8	66,7	4	44,4	3	37,5
1 poco	3	13,0	2	16,7	2	22,2	4	40,0
2 moderado	3	12,0			2	22,2		
3 bastante	2	8,7	1	8,3	1	11,1		
4 mucho	2	8,7	1	8,3			1	12,5
Total	23	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	17	58,6	8	44,4	7	50,0	8	80,0
1 poco	5	17,2	3	16,7	2	14,3	2	20,0
2 moderado	3	10,3	4	22,2	1	7,1		
3 bastante	2	6,9	3	16,7	2	14,3		
4 mucho	2	6,9			2	14,3		
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.8: Cansancio: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	10	43,5	5	41,7	2	22,2	2	25,0
1 poco	2	8,7	2	16,7	1	11,1	1	12,5
2 moderado	2	8,7	1	8,3			1	12,5
3 bastante	5	21,7			2	22,2	1	12,5
4 mucho	4	17,4	3	25,0	4	44,4	3	37,5
Total	23	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	10	34,5	7	36,8	4	28,6	4	40,0
1 poco	7	24,1	3	15,8	3	21,4	2	20,0
2 moderado	6	20,7	3	15,8	2	14,3	1	10,0
3 bastante	4	13,8	6	31,6	3	21,4	1	10,0
4 mucho	2	6,9			2	14,3	2	20,0
Total	29	100	19	100	14	100	10	100



Resultados

Tabla 8.9: Dificultad para dormir: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	10	41,7	6	50,0	6	66,7	7	87,5
1 raramente								
2 a veces								
3 con frecuencia								
4 siempre	14	58,3	6	50,0	3	33,3	1	12,5
Total	24	100	12	100	9	100	8	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	17	60,7	15	83,3	11	78,6	8	80,0
1 raramente			1	5,6			1	10,0
2 a veces	3	10,7	1	5,6	1	7,1		
3 con frecuencia	1	3,6						
4 siempre	7	25,0	1	5,6	2	14,3	1	10,0
Total	28	100	18	100	14	100	10	100

#### 8.4.2 Estado emocional

El estado emocional de la muestra de estudio parece estar más afectado al inicio del tratamiento oncológico. No obstante, se ha de tener en cuenta que el mayor porcentaje de abandonos (voluntarios, enfermedad...) se produce entre la primera y la segunda medida (aproximadamente el 50%).

En general, los pacientes que refieren alteraciones emocionales a lo largo del tratamiento, lo hacen con una frecuencia media-alta, destacando por su intensidad la ansiedad.

##### • Ansiedad

- Intensidad pre-quimioterapia: esta condición no parece tener repercusión en la muestra de estudio. Sólo en el GC cuatro pacientes en la segunda medida efectuada la experimentan con poca intensidad (tabla 12; Anexo IV)

- Intensidad post-quimioterapia: apenas es referida por la muestra de estudio, por lo que tampoco parece una condición relevante (tabla 13; Anexo IV)

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.10 y 8.11): En el GC, menos del 50% de los pacientes experimentan ansiedad a lo largo del tratamiento. De éstos, la mayoría la experimentan de forma muy frecuente, indicando la mitad baja-moderada intensidad y, la otra mitad, alta intensidad. En el GE, sólo es destacable la ansiedad al inicio del tratamiento de quimioterapia. En general, los pacientes afectados la experimentan con poca frecuencia e intensidad.

##### • Depresión

- Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos apenas hay evidencia de depresión en este momento (tabla 14; Anexo IV)

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.12 y 8.13): en el GC en torno a un 40% de los pacientes experimenta depresión a lo largo del tratamiento oncológico. De éstos, la mayoría parece experimentarla con alta frecuencia y baja intensidad. En el GE, el porcentaje de pacientes que experimenta depresión a lo largo de todas las medidas se halla, en general, por debajo del 10%, indicando, en general, baja-media frecuencia e intensidad.

##### • Irritabilidad

- Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos, no es destacable la irritabilidad en este momento. (tabla 15; Anexo IV).

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.14 y 8.15): En el GC, casi un 60% de los pacientes experimentan irritabilidad en la primera medida. En el resto de medidas, el porcentaje se reduce (40-50%). En general, los afectados se reconocen irritables con frecuencia, aunque con baja-moderada intensidad. En el GE, en general, menos del 20% de los pacientes experimentan irritabilidad. Indicando experimentarla, la mayoría, con baja-media frecuencia y poca intensidad.

## *Resultados*

En general, parece que para todas las emociones evaluadas existe una mayor afectación en el GC. No obstante, la pérdida de muestra, con el consiguiente escaso tamaño de los grupos a lo largo del tratamiento, así como la ausencia de análisis estadísticos, no permiten afirmar, con garantías, la mejor evolución del GE.

Resultados

Tabla 8.10: Ansiedad: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	13	54,2	8	66,7	7	77,8	6	75,0
1 raramente								
2 a veces	1	4,2	1	8,3	1	11,1		
3 con frecuencia	3	12,5						
4 siempre	7	29,2	3	25,0	1	11,1	2	25,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	20	69,0	17	94,4	14	100	10	100
1 raramente	1	3,4						
2 a veces	7	24,1	1	5,6				
3 con frecuencia								
4 siempre	1	3,4						
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabla 8.12: Depresión: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	16	66,7	7	58,3	6	66,7	5	62,5
1 raramente								
2 a veces	1	4,2	1	8,3	1	11,1	1	12,5
3 con frecuencia	2	8,3						
4 siempre	5	20,8	4	33,3	2	22,2	2	25,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	82,8	17	94,4	14	100	9	90,0
1 raramente	1	3,4						
2 a veces	1	3,4	1	5,6			1	10,0
3 con frecuencia								
4 siempre	3	10,3						
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabla 8.11: Ansiedad: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	13	56,5	8	66,7	7	77,8	6	75,0
1 poco	3	13,0	2	16,7				
2 moderado	2	8,7			1	11,1	1	12,5
3 bastante	1	4,3						
4 mucho	4	17,4	2	16,7	1	11,1	1	12,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	20	69,0	17	94,4	14	100	10	100
1 poco	5	17,2						
2 moderado	3	10,3	1	5,6				
3 bastante								
4 mucho	1	3,4						
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabla 8.13: Depresión: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	16	69,6	7	58,3	6	66,7	5	62,5
1 poco	2	8,7	2	16,7	1	11,1	1	12,5
2 moderado	3	13,0	2	16,7	1	11,1	1	12,5
3 bastante								
4 mucho	2	8,7	1	8,3	1	11,1	1	12,5
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	82,8	17	94,4	14	100	9	90,0
1 poco	2	6,9					1	10,0
2 moderado	1	3,4	1	5,6				
3 bastante	2	6,9						
4 mucho								
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Resultados

Tabla 8.14: Irritabilidad: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	10	41,7	8	66,7	6	66,7	4	50,0
1 raramente								
2 a veces	5	20,8	1	8,3	1	11,1	2	25,0
3 con frecuencia	1	4,2						
4 siempre	8	33,3	3	25,0	2	22,2	2	25,0
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100	8	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	23	79,3	13	72,2	12	85,7	9	90,0
1 raramente	1	3,4	1	5,6				
2 a veces	3	10,3	3	16,7	2	14,3	1	10,0
3 con frecuencia								
4 siempre	2	6,9	1	5,6				
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 8.15: Irritabilidad: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	10	43,5	8	66,7	6	66,7	4	50,0
1 poco	9	39,1	1	8,3	1	11,1	2	25,0
2 moderado	2	8,7	3	25,0	1	11,1	2	25,0
3 bastante	1	4,3						
4 mucho	1	4,3			1	11,1		
<b>Total</b>	23	100	12	100	9	100	8	100
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	79,3	13	72,2	12	85,7	9	90,0
1 poco	3	10,3	2	11,1	1	7,1	1	10,0
2 moderado	2	6,9	2	11,1				
3 bastante	1	3,4			1	7,1		
4 mucho			1	5,6				
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100	10	100

### 8.4.3 Preocupaciones

En general, para estos pacientes las preocupaciones destacan al inicio del tratamiento oncológico y tienden a reducirse a medida que avanza éste y los seguimientos. Aun así, las preocupaciones por el tratamiento oncológico, parecen ser las más relevantes, puesto que se mantienen bastante estables a lo largo del mismo (tablas 8.16, 8.17, 8.18 y 8.19).

Tabla 8.16: Preocupaciones por el tratamiento oncológico

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	15	62,5	6	50,0	5	55,6	7	87,5
1 si	9	37,5	6	50,0	4	44,4	1	12,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	14	48,3	13	68,4	11	78,6	9	90,0
1 si	15	51,7	6	31,6	3	21,4	1	10,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tabla 8.18: Preocupaciones por el futuro de otros significativos

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	12	50,0	9	75,0	8	88,9	6	75,0
1 si	12	50,0	3	25,0	1	11,1	2	25,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	15	51,7	13	68,4	11	78,6	8	80,0
1 si	14	48,3	6	31,6	3	21,4	2	20,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tabla 8.17: Preocupaciones por el futuro propio

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	14	58,3	6	50,0	6	66,7	6	75,0
1 si	10	41,7	6	50,0	3	33,3	2	25,0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	15	51,7	14	73,7	8	57,1	6	60,0
1 si	14	48,3	5	26,3	6	42,9	4	40,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Tabla 8.19: Preocupaciones económicas debidas a la enfermedad/tratamiento oncológico

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	22	91,7	9	75,0	9	100,0	8	100,0
1 si	2	8,3	3	25,0				
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>
Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 no	25	86,2	18	100,0	14	100,0	10	100,0
1 si	4	13,8						
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

#### 8.4.4 Nivel de funcionamiento/actividad

##### · Laboral

En ambos grupos en torno al 60% de los pacientes no tienen actividad laboral (jubilados/amas de casa) (tabla 8.20). En el GC, de aquellos que tienen empleo, en torno al 40%, no mantiene la actividad (baja laboral) en ningún momento de medida. Sólo al inicio, dos pacientes la mantiene en algún grado. En el GE, los pacientes que mantienen la actividad laboral parecen permanecer igual a lo largo de todas las medidas. Asimismo, los pacientes que no mantienen la actividad permanecen, en general, de este modo. No obstante, se puede observar como se produce la recuperación de la actividad en algunos pacientes. (tabla 8.20)

Estos datos, aunque podrían indicar que en el GE hay un mayor mantenimiento-recuperación de la actividad laboral, la pérdida de pacientes (abandonos voluntarios, enfermedad, muerte) dificulta el uso de estadísticos que permitan la estimación de diferencias significativas entre los grupos.

##### · Doméstica

En general, en ambos grupos, es destacable como la mayoría de los pacientes tienen actividad doméstica (80-90%), a un nivel habitual o ligeramente debilitada. Mientras que en el GC, en todas las medidas, se observan pacientes que no mantiene la actividad doméstica ( $\leq 4$  pacientes), en el GE sólo se observan hasta la 2ª medida ( $\leq 7$  pacientes). Por otro lado, en el GE se observa un mayor porcentaje de pacientes que mantiene la actividad frente a los que la debilitan, mientras que, en el GC, ambos porcentajes parecen estar bastante igualados. En el seguimiento, ambos grupos, parecen mantenerse y/o recuperarse. (tabla 8.21)

Estos datos parecen sugerir un mejor nivel de funcionamiento de los pacientes del GE. No obstante, como ya se expuso para la actividad laboral, la pérdida de pacientes dificulta la valoración de la significación estadística de estas posibles diferencias entre grupos.

##### · Ocio

En esta condición, el estado y evolución de los grupos es similar al observado en la actividad doméstica. Destacar como en todas las medidas efectuadas, en el GC el porcentaje de pacientes que debilitan el ocio ( $\geq 50\%$ ) se halla por encima del porcentaje de pacientes lo mantiene (en torno al 20-30%). En cambio, en el GE, ocurre lo contrario, a excepción de la primera medida, aunque con porcentajes cercanos. (tabla 8.22)

Se diría que el GE presenta un mejor nivel de funcionamiento en este ámbito. No obstante, esta afirmación, como en los ámbitos anteriores, presenta limitaciones.

· **Cuidados personales.**

En ambos grupos, al inicio del tratamiento, en torno al 17% de los pacientes pierden autonomía en su cuidado personal. Pérdida que desaparece en el resto de medidas, bien por la recuperación de los cuidados o por la pérdida (abandonos, enfermedad, muerte) de los pacientes afectados. (tabla 16; Anexo IV)

· **Familiar.**

En ambos grupos, en todas las medidas, casi el 100% de los pacientes refieren el mantenimiento de las relaciones familiares (tabla 17; Anexo IV)

· **Pareja**

En este ámbito de forma similar al anterior, casi el 100% de los pacientes refieren el mantenimiento de la relación de pareja (tabla 18; Anexo IV)

· **Sexual**

Mientras que en el GC, al menos el 70-90% de los pacientes refieren mantener las relaciones sexuales, en el GE no suponen, en general, más del 60%. Además en este grupo en todas las medidas en torno al 20% de los pacientes manifiestan la disminución o ausencia de su actividad sexual. (tabla 8.23)

Estos datos, aunque parecen indicar una mayor afectación en el GE, podrían estar mediados por algún sesgo en el proceso de evaluación.

· **Amistad.**

La mayoría de los pacientes mantiene con normalidad las relaciones de amistad. No obstante, en la medida inicial, en ambos grupos, se observa la mayor afectación de este ámbito. Así, en el GC, suponen casi el 17% de los pacientes y en el GE un 31%. En el resto de medidas, en general, casi el 100%, en ambos grupos, no presenta afectación. (tabla 19; Anexo IV)

Tabla 8.20 : Actividad Laboral

Valor	Grupo Control									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad	25	62,5	16	66,7	8	66,7	5	55,6	5	62,5
1 No mantiene	13	32,5	8	33,3	4	33,3	4	44,4	3	37,5
2 Debilita	1	2,5								
3 Mantiene	1	2,5								
<b>Total</b>	40	100,0	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0
Valor	Grupo Experimental									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad	27	54,0	11	37,9	5	26,3	2	14,3	2	20,0
1 No mantiene	20	40,0	12	41,4	11	57,9	9	64,3	5	50,0
2 Debilita	1	2,0	4	13,8	1	5,3	1	7,1		
3 Mantiene	2	4,0	2	6,9	2	10,5	2	14,3	3	30,0
<b>Total</b>	50	100,0	29	100,0	19	100,0	14	100,0	10	100,0



Resultados

Tabla 8.21: Actividad Doméstica

Valor	Grupo Control									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>										
<b>1 No mantiene</b>	4	10,0	4	16,7	2	16,7	1	11,1		
<b>2 Debilita</b>	15	37,5	10	41,7	5	41,7	4	44,4	3	37,5
<b>3 Mantiene</b>	21	52,5	10	41,7	5	41,7	4	44,4	5	62,5
<b>Total</b>	40	100,0	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	1	2,0								
<b>1 No mantiene</b>	7	14,0	4	13,8						
<b>2 Debilita</b>	11	22,0	13	44,8	4	21,1	5	35,8	2	22,2
<b>3 Mantiene</b>	31	62,0	12	41,4	15	78,9	9	64,2	7	77,8
<b>Total</b>	50	100,0	29	100,0	19	100,0	14	100,0	9	100,0

Tabla 8.22: Ocio

Valor	Grupo Control									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	1	2,5								
<b>1 No mantiene</b>	6	15,0	3	12,5	1	8,3	1	11,1	1	12,5
<b>2 Debilita</b>	20	50,0	15	62,5	8	66,7	6	66,7	4	50,0
<b>3 Mantiene</b>	13	32,5	6	25,0	3	25,0	2	22,2	3	37,5
<b>Total</b>	40	100,0	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>										
<b>1 No mantiene</b>	2	4,0	5	17,2						
<b>2 Debilita</b>	26	52,0	9	31,0	7	36,8	3	21,4	2	22,2
<b>3 Mantiene</b>	22	44,0	15	51,7	12	63,2	11	78,6	7	77,8
<b>Total</b>	50	100,0	29	100,0	19	100,0	14	100,0	9	100,0

Tabla 8.23: Sexual

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	1	4,2						
<b>1 No mantiene</b>								
<b>2 Debilita</b>	6	25,0	1	8,3			1	12,5
<b>3 Mantiene</b>	17	70,8	11	91,7	9	100,0	7	87,5
<b>Total</b>	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	4	13,8	6	31,6	5	35,7	3	30,0
<b>1 No mantiene</b>	3	10,3			1	7,1	1	10,0
<b>2 Debilita</b>	4	13,8	4	21,1	3	21,4		
<b>3 Mantiene</b>	18	62,1	9	47,4	5	35,7	6	60,0
<b>Total</b>	29	100,0	19	100,0	14	100,0	10	100,0

B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

#### 8.4.5 Síntomas

En general, parece que los síntomas tienden a empeorar a medida que avanzan las sesiones de quimioterapia y a recuperarse en los seguimientos. Los síntomas más destacados, especialmente por su intensidad, son los síntomas gastrointestinales y el cansancio.

· Síntomas gastrointestinales

Estos síntomas tienen poca repercusión entre ciclos de quimioterapia. En cambio, destaca su intensidad en la semana posterior a su administración, especialmente en el GE. La mayor intensidad y frecuencia de los síntomas a medida que avanza el tratamiento oncológico, podría ponerse en relación con la toxicidad de la quimioterapia.

- **Náuseas y vómitos.**

· Intensidad post-quimioterapia (tabla 8.24 y 8.25): En ambos grupos, parecen más prevalentes las náuseas que los vómitos. En el GC, en torno al 20% de los pacientes refieren vómitos y un 30%, aproximadamente, refieren náuseas. Además, el mayor número de pacientes refieren náuseas y vómitos de moderada o baja intensidad.

En el GE, en torno al 30-40% de los pacientes refieren vómitos y en torno al 50% refieren náuseas. En general, indican alta intensidad, especialmente en relación a las náuseas.

Destacar como en el GE, hay ligeramente más pacientes que refieren estos síntomas en comparación con el GC.

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.26, 8.27, 8.28, 8.29): En ambos grupos, en todas las medidas, por encima del 80% no manifiestan estos síntomas.

En el GC, los pacientes afectados, en general, refieren náuseas presentes con alta frecuencia, siendo éstas menos intensas al inicio que al final. En el seguimiento, se observa baja intensidad (tablas 8.26 y 8.27).

En cuanto a los vómitos, destacan discretamente a partir de la segunda medida, con alta frecuencia y de poca o alta intensidad. A partir del primer seguimiento, este síntoma prácticamente desaparece (tablas 8.28 y 8.29).

En el GE, a medida que avanza el tratamiento de quimioterapia se incrementa el número de pacientes que experimenta náuseas. De éstos, la mayoría indican náuseas con alta frecuencia e intensidad (tablas 8.26 y 8.27). En el primer seguimiento, aunque el número de pacientes se reduce, la frecuencia e intensidad se mantiene. Los vómitos, aparecen a partir de la segunda medida incrementándose ligeramente hasta el primer seguimiento. Los pacientes afectados, en general, los presentan a veces o a diario, y en intensidades moderadas y altas (tablas 8.28 y 8.29).

- **Pérdida de apetito**

· Intensidad post-quimioterapia: Al inicio y mitad de la quimioterapia, el 10% de los pacientes en el GC, y el 20-30% en el GE refieren el síntoma. En el final, en ambos grupos, este porcentaje se incrementa. En el GC los pacientes afectados indican poca intensidad del síntoma al inicio, un incremento en la mitad y la recuperación al final de la quimioterapia. En cambio, el GE indican, en general, alta intensidad. (tabla 20; Anexo IV)

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.30 y 8.31): En el GC, durante el tratamiento oncológico y primer seguimiento, un 80-90% de los pacientes no refieren el problema. Los pacientes afectados, en general, lo indican con alta frecuencia e intensidad. En el GE, en torno al 65-70% de los pacientes no refieren la pérdida de apetito. Los que sí lo hacen, la experimentan con moderada o alta frecuencia, destacando, la mayoría de ellos, alta intensidad.

Parece que, en el GE destaca la pérdida de apetito por su mayor incidencia e intensidad (tabla). Esto podría ponerse en relación con la mayor presencia de náuseas y vómitos en este grupo. Si bien el escaso número de pacientes disponibles dificulta concluir con garantías.

· Cansancio y Fatiga

- **Fatiga**

· Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos, esta condición parece tener poca relevancia, siendo casi inexistente (tabla 21; Anexo IV)

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.32 y 8.33): en ambos grupos, al inicio del tratamiento oncológico, en torno al 10% de los pacientes experimenta este síntoma. Este porcentaje se incrementa en el resto de medidas (en torno al 20-30%) recuperándose en los seguimientos. En el GC, a partir de la segunda medida y hasta el final del tratamiento, los pacientes afectados, lo están, en general, a diario. En los seguimientos, se dividen en frecuencias bajas y altas. En cuanto a la intensidad, en general, los pacientes afectados refieren poca o moderada fatiga. En el GE, en general, en todas las medidas, los pacientes afectados indican todas las frecuencias e intensidades. (tabla)

- **Cansancio**

· Intensidad post-quimioterapia: En ambos grupos, en todas las medidas, en torno al 70-80% de los pacientes, no manifiestan cansancio. Los pacientes afectados, en el GC, indican cansancio moderado o poco intenso al inicio y muy intenso al final. En el GE, en todas las medidas registradas, indican, en general, cansancio de mucha intensidad. (tabla 22; Anexo IV)

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.34 y 8.35): en ambos grupos, en la medida inicial, en torno al 50% de los pacientes no manifiestan sintomatología. En cambio, a medida que avanza el tratamiento oncológico, el porcentaje de pacientes que manifiestan algún grado de sintomatología parece ir en aumento. En los seguimientos ambos grupos parecen recuperarse, especialmente el GC.

En ambos grupos, la mayoría de los pacientes afectados indican cansancio frecuente o a diario y en todas las intensidades registradas.

En estos dos síntomas, ambos grupos, en general, empeoran a lo largo del tratamiento oncológico y se recuperan en los seguimientos. No obstante, parece apreciarse sintomatología e intensidad en el GE, e incluso una menor recuperación del mismo en el seguimiento. Si bien, la ausencia de pruebas estadísticas para estimar la significación de las diferencias no permiten concluir con garantías.

- **Dolor**

· Intensidad post-quimioterapia: en ambos grupos, más del 90% de los pacientes no experimentan dolor en este momento. Los que sí lo experimentan, en general, indican de poca o moderada intensidad. (tabla 23; Anexo IV).

· Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.36 y 8.37): en general, en ambos grupos, se observa un ligero incremento del número de pacientes que manifiestan dolor a lo largo del tratamiento, reduciéndose en los seguimientos. Además, la mayoría de ellos, refieren dolor con alta frecuencia y de poca o moderada intensidad.

- **Dificultad para dormir**

· Frecuencia post-quimioterapia: En ambos grupos, menos del 20% de los pacientes refieren experimentar el problema. En el GC, en general, lo experimentan con baja frecuencia, mientras que en el GE con alta, especialmente al final del tratamiento oncológico. (tabla 24; Anexo IV)

· Frecuencia entre ciclos de quimioterapia (tabla 8.38): En el GC, en torno al 20% de los pacientes y en el GE en torno al 40% refieren dificultades para dormir. Además, en ambos grupos, la mayoría de los pacientes afectados experimentan el problema con alta frecuencia. Parece que este problema es más prevalente en el GE. Además, en los seguimientos mientras que el síntoma tiende a mantenerse en el GE, en el GC parece recuperarse.

Resultados

Tabla 8.24: Nauseas: intensidad post-quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 nada</b>	23	76,7	18	75,0	17	73,9	13	59,1	16	72,7
<b>1 poco</b>	4	13,3	5	20,8	2	8,7	1	4,5	1	4,5
<b>2 moderado</b>	1	3,3			3	13,0	5	22,7	3	13,6
<b>3 bastante</b>	1	3,3	1	4,2					1	4,5
<b>4 mucho</b>	1	3,3			1	4,3	3	13,6	1	4,5
<b>Total</b>	30	100	24	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 nada</b>	15	57,7	13	56,5	13	56,5	10	50,0	8	44,4
<b>1 poco</b>	1	3,8	2	8,7	1	4,3	2	10,0	1	5,6
<b>2 moderado</b>	4	15,4	1	4,3	3	13,0	1	5,0	1	5,6
<b>3 bastante</b>	1	3,8			1	4,3	1	5,0	1	5,6
<b>4 mucho</b>	5	19,2	7	30,4	5	21,7	6	30,0	7	38,9
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 8.25: Vómitos: intensidad post-quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 nada</b>	26	83,9	22	88,0	20	8,7	18	81,8	19	86,4
<b>1 poco</b>	4	12,9	2	8,0			1	4,5		
<b>2 moderado</b>	1	3,2	1	4,0	2	8,7	3	13,6	2	9,1
<b>3 bastante</b>									1	4,5
<b>4 mucho</b>					1	4,3				
<b>Total</b>	31	100	25	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 nada</b>	18	69,2	17	77,3	17	73,9	13	65,0	11	61,1
<b>1 poco</b>	1	3,8	1	4,5	2	8,7	1	5,0		
<b>2 moderado</b>	1	3,8			1	4,3	3	15,0	1	5,6
<b>3 bastante</b>	1	3,8					1	5,0	1	5,6
<b>4 mucho</b>	5	19,2	4	18,2	3	13,0	2	10,0	5	27,8
<b>Total</b>	26	100	22	100	23	100	20	100	18	100

Resultados

Tabla 8.26: Nauseas: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	29	93,5	24	92,3	20	87,0	19	86,4	19	86,4	18	94,7	19	95,0	15	100
1 raramente							1	4,5								
2 a veces							1	4,5					1	5,0		
3 con frecuencia	1	3,2	1	3,8	1	4,3										
4 siempre	1	3,2	1	3,8	2	8,7	1	4,5	3	13,6	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	92,3	21	91,3	22	95,7	17	85,0	13	72,2	17	89,5	17	94,4	13	100
1 raramente									1	5,6						
2 a veces	1	3,8					1	5,0	2	11,1			1	5,6		
3 con frecuencia			1	4,3	1	4,3					1	5,3				
4 siempre	1	3,8	1	4,3			2	10,0	2	11,1	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.27: Nauseas: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	29	93,5	24	92,3	20	87,0	19	86,4	19	86,4	17	89,5	19	95,0	15	100
1 poco	1	3,2	1	3,8	2	8,7	1	4,5	1	4,5			1	5,0		
2 moderado	1	3,2	1	3,8	1	4,3					1	5,3				
3 bastante									1	4,5						
4 mucho							2	9,1	1	4,5	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	92,3	21	91,3	22	95,7	17	85,0	13	72,2	17	89,5	17	94,4	13	100
1 poco	1	3,8							1	5,6			1	5,6		
2 moderado									1	5,6	1	5,3				
3 bastante	1	3,8	1	4,3			1	5,0								
4 mucho			1	4,3	1	4,3	2	10,0	3	16,7	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Resultados

Tabla 8.28: Vómitos: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	30	96,8	26	100	22	95,7	20	90,9	19	86,4	18	94,7	20	100	14	93,3
1 raramente	1	3,2							1	4,5						
2 a veces							1	4,5							1	6,7
3 con frecuencia																
4 siempre					1	4,3	1	4,5	2	9,1	1	5,3				
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	26	100	22	95,7	22	95,7	17	85,0	15	83,3	17	89,5	18	100	13	100
1 raramente									1	5,6						
2 a veces					1	4,3	1	5,0								
3 con frecuencia											1	5,3				
4 siempre			1	4,3			2	10,0	2	11,1	1	5,3				
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.29: Vómitos: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	30	96,8	26	100	22	95,7	20	95,2	19	86,4	17	89,5	20	100	14	93,3
1 poco	1	3,2			1	4,3	1	4,8	2	9,1					1	6,7
2 moderado											1	5,3				
3 bastante																
4 mucho									1	4,5	1	5,3				
Total	31	100	26	100	23	100	21	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	26	100	22	95,7	22	95,7	17	85,0	15	83,3	17	89,5	18	100	13	100
1 poco									1	5,6						
2 moderado									1	5,6	1	5,3				
3 bastante			1	4,3	1	4,3	1	5,0								
4 mucho							2	10,0	1	5,6	1	5,3				
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Resultados

Tabla 8.30: Pérdida de apetito: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	27	90,0	21	80,8	20	87,0	18	81,8	18	81,8	17	89,5	20	100	15	100
1 raramente																
2 a veces											1	5,3				
3 con frecuencia							1	4,5	1	4,5						
4 siempre	3	10,0	5	19,2	3	13,0	3	13,6	3	13,6	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	17	65,4	16	69,6	19	82,6	13	65,0	12	66,7	17	89,5	17	94,4	13	100
1 raramente																
2 a veces	3	11,5	2	8,7					1	5,6						
3 con frecuencia			2	8,7	2	8,7			1	5,6	1	5,3				
4 siempre	6	23,1	3	13,0	2	8,7	7	35,0	4	22,2	1	5,3	1	5,6		
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.31: Pérdida de apetito: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	27	87,1	21	80,8	20	87,0	18	81,8	18	81,8	17	89,5	20	100	15	100
1 poco	1	3,2	3	11,5	2	8,7					1	5,3				
2 moderado			2	7,7			2	9,1	2	9,1						
3 bastante	1	3,2			1	4,3										
4 mucho	2	6,5					2	9,1	2	9,1	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	17	65,4	16	69,6	19	82,6	13	65,0	12	66,7	17	89,5	16	88,9	13	100
1 poco	3	11,5	1	4,3			1	5,0	2	11,1			2	11,1		
2 moderado	1	3,8	2	8,7			1	5,0	2	11,1	1	5,3				
3 bastante	2	7,7	1	4,3	1	4,3	3	15,0	1	5,6						
4 mucho	3	11,5	3	13,0	3	13,0	2	10,0	1	5,6	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



Resultados

Tabla 8.32: Fatiga: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	29	96,7	24	96,0	16	69,6	16	72,7	15	68,2	15	78,9	18	90,0	15	100
1 raramente					1	4,3			1	4,5	1	5,3				
2 a veces	1	3,3	1	4,0							1	5,3	1	5,0		
3 con frecuencia													1	5,0		
4 siempre					6	26,1	6	27,3	6	27,3	2	10,5				
Total	30	100	25	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	92,3	20	87,0	17	73,9	16	80,0	13	72,2	16	84,2	15	83,3	12	92,3
1 raramente			1	4,3	1	4,3										
2 a veces	1	3,8	1	4,3	2	8,7	2	10,0	2	11,1	1	5,3	2	11,1		
3 con frecuencia			1	4,3	1	4,3							1	5,6		
4 siempre	1	3,8			2	8,7	2	10,0	3	16,7	2	10,5			1	7,7
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.33: Fatiga: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	29	96,7	24	92,3	16	69,6	16	72,7	15	68,2	15	78,9	18	90,0	15	100
1 poco	1	3,3	1	3,8	5	21,7	2	9,1	4	18,2	3	15,8	2	10,0		
2 moderado					1	4,3	2	9,1			1	5,3				
3 bastante							2	9,1	2	9,1						
4 mucho			1	3,8	1	4,3			1	4,5						
Total	30	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	92,3	19	86,4	17	73,9	16	80,0	13	72,2	16	84,2	15	83,3	12	92,3
1 poco	1	3,8			2	8,7	2	10,0			2	10,5	1	5,6	1	7,7
2 moderado			2	9,1					2	11,1	1	5,3	2	11,1		
3 bastante					1	4,3	1	5,0	1	5,6						
4 mucho	1	3,8	1	4,5	3	13,0	1	5,0	2	11,1						
Total	26	100	22	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Resultados

Tabla 8.34: Cansancio: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	16	53,3	11	44,0	7	30,4	6	27,3	8	36,4	12	63,2	13	65,0	11	73,3
1 raramente	1	3,3							1	4,5						
2 a veces	4	13,3	2	8,0			3	13,6	1	4,5	2	10,5	3	15,0	2	13,3
3 con frecuencia	1	3,3	1	4,0					1	4,5					1	6,7
4 siempre	8	26,7	11	44,0	16	69,6	13	59,1	11	50,0	5	26,3	4	20,0	1	6,7
Total	30	100	25	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	12	46,2	10	43,5	9	39,1	5	25,0	3	16,7	8	42,1	10	55,6	6	46,2
1 raramente	2	7,7	2	8,7							1	5,3				
2 a veces	5	19,2	5	21,7	6	26,1	1	5,0	2	11,1	4	21,1	4	22,2	3	23,1
3 con frecuencia			2	8,7	1	4,3	2	10,0			1	5,3	2	11,1		
4 siempre	7	26,9	4	17,4	7	30,4	12	60,0	13	72,2	5	26,3	2	11,1	4	30,8
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.35: Cansancio: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	16	53,3	11	45,8	7	31,8	6	27,3	8	36,4	11	57,9	13	65,0	11	73,3
1 poco	8	26,7	7	29,2	7	31,8	7	31,8	5	22,7	4	21,1	4	20,0	3	20,0
2 moderado	3	10,0	3	12,5	4	18,2	4	18,2	1	4,5	3	15,8	3	15,0		
3 bastante	2	6,7	2	8,3	3	13,6	3	13,6	2	9,1						
4 mucho	1	3,3	1	4,2	1	4,5	2	9,1	6	27,3	1	5,3			1	6,7
Total	30	100	24	100	22	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	12	46,2	10	43,5	9	39,1	5	25,0	3	16,7	8	42,1	13	65,0	6	46,2
1 poco	6	23,1	5	21,7	3	13,0	5	25,0	3	16,7	5	26,3	4	20,0	3	23,1
2 moderado	5	19,2	3	13,0	3	13,0	3	15,0	4	22,2	4	21,1	3	15,0	2	15,4
3 bastante			2	8,7	3	13,0	2	10,0	2	11,1	1	5,3			2	15,4
4 mucho	3	11,5	3	13,0	5	21,7	5	25,0	6	33,3	1	5,3				
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	20	100	13	100

Resultados

Tabla 8.36: Dolor: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	22	73,3	17	65,4	13	59,1	17	77,3	13	59,1	13	68,4	15	75,0	13	86,7
1 raramente	1	3,3	1	3,8												
2 a veces	2	6,7			3	13,6	1	4,5	3	13,6	2	10,5	2	10,0		
3 con frecuencia	2	6,7	2	7,7	1	4,5	1	4,5			1	5,3	1	5,0		
4 siempre	3	10,0	6	23,1	5	22,7	3	13,6	6	27,3	3	15,8	2	10,0	2	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	20	76,9	17	73,9	12	54,5	12	60,0	10	55,6	12	63,8	11	61,1	11	84,6
1 raramente					1	4,5	1	5,0	1	5,6						
2 a veces	2	7,7	1	4,3	3	13,6	1	5,0	2	11,1	1	5,3	4	22,2	1	7,7
3 con frecuencia			1	4,3	2	9,1	2	10,0	1	5,6						
4 siempre	4	15,4	4	17,4	4	18,2	4	20,0	4	22,2	6	31,6	3	16,7	1	7,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.37: Dolor: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	79,3	17	70,8	13	56,5	17	81,0	13	61,9	12	63,2	15	75,0	13	86,7
1 poco	2	6,9	3	12,5	7	30,4	1	4,8	4	19,0	2	10,5	3	15,0		
2 moderado	2	6,9	3	12,5	2	8,7	1	4,8	3	14,3	4	21,1	1	5,0		
3 bastante	1	3,4					1	4,8	1	4,8	1	5,3			1	6,7
4 mucho	1	3,4	1	4,2	1	4,3	1	4,8					1	5,0	1	6,7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	20	76,9	17	73,9	12	54,5	12	60,0	10	55,6	12	63,2	11	61,1	13	86,7
1 poco			1	4,3	2	9,1	2	10,0	1	5,6	1	5,3	3	16,7		
2 moderado	3	11,5	2	8,7	5	22,7	4	20,0	3	16,7	6	31,6	4	22,2		
3 bastante			1	4,3	1	4,5	1	5,0							1	6,7
4 mucho	3	11,5	2	8,7	2	9,1	1	5,0	4	22,2					1	6,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Resultados

Tabla 8.38: Dificultad para dormir: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	25	80,6	20	76,9	18	78,3	19	86,4	16	72,7	17	89,5	18	90,0	15	100
1 raramente			1	3,8	1	4,3			1	4,5						
2 a veces					1	4,3							1	5,0		
3 con frecuencia													1	5,0		
4 siempre	6	19,4	5	19,2	3	13,0	3	13,6	5	22,7	2	10,5				
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100
Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	18	69,2	13	56,5	12	52,2	13	65,0	11	61,1	13	72,2	8	44,4	9	69,2
1 raramente			1	4,3							1	5,6	1	5,6		
2 a veces			1	4,3	3	13,0	1	5,0	3	16,7	1	5,6	4	22,2		
3 con frecuencia	1	3,8	2	8,7	2	8,7	4	20,0			1	5,6	1	5,6		
4 siempre	7	26,9	6	26,1	6	26,1	2	10,0	4	22,2	2	11,1	4	22,2	4	30,8
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	18	100	18	100	13	100

#### 8.4.6 Estado emocional

En general, la mayoría de los pacientes no manifiestan afectación de su estado emocional. Aquellos que sí lo hacen refieren, especialmente, ansiedad e irritabilidad. Por otro lado, mientras que la depresión y la irritabilidad se mantienen a lo largo del tratamiento oncológico, la ansiedad parece incrementarse. Durante los seguimientos el estado emocional de los pacientes afectados parece recuperarse.

##### - **Ansiedad**

- Intensidad pre-quimioterapia: En ambos grupos, a lo largo del tratamiento oncológico, en torno al 10-20% de los pacientes refieren ansiedad. La mayoría de ellos, al inicio de la quimioterapia, indican baja intensidad, que se incrementa al final del mismo. (tabla 25; Anexo IV)

- Intensidad post-quimioterapia: En el GC, esta condición no parece tener relevancia. En el GE, en torno al 10% de los pacientes manifiesta el problema, indicando, ansiedad muy intensa al inicio del tratamiento, y de poca o moderada intensidad en el resto de medidas. (tabla 26; Anexo IV)

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.39 y 8.40): En el GC, en torno al 20-30% de los pacientes refieren experimentar ansiedad, a lo largo del tratamiento oncológico. En general, la experimentan con una frecuencia moderada o alta y en diferentes intensidades. En el GE, en torno al 30-40% de los pacientes refieren experimentar ansiedad, a lo largo del tratamiento oncológico y primer seguimiento. La mayoría de los pacientes afectados la experimentan a veces o a diario y de poca o moderada intensidad.

##### - **Depresión**

- Intensidad post-quimioterapia: esta condición parece poco relevante en ambos grupos. (tabla 27; Anexo IV)

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.41 y 8.42): en ambos grupos, durante el tratamiento oncológico, en torno al 20-25% de los pacientes experimenta depresión. En el GC, en general, la señalan a diario y de alta intensidad. En GE, refieren sentirse deprimidos a veces y a diario, y con intensidad variable.

Parece que, en el GC, los pacientes afectados tienden a empeorar durante el tratamiento oncológico y mantenerse en los seguimientos. En el GE, en cambio, se observa la recuperación a lo largo de las medidas efectuadas.

##### - **Irritabilidad**

- Intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia:

en ambos grupos, al menos el 90% de los pacientes, no presentan irritabilidad en este momento. El 10% restante, en general, indica irritabilidad de alta intensidad. (tabla 28; Anexo IV)

- Frecuencia e intensidad entre ciclos de quimioterapia (tablas 8.43 y 8.44): En el GC, durante el tratamiento oncológico, en torno a un 35-40% de los pacientes refieren

experimentar irritabilidad. De éstos, la mayoría la experimenta irritabilidad a diario y poco intensa. En los seguimientos, son menos los pacientes que la refieren, indicando experimentarla a veces y con poca intensidad. En el GE, al inicio del tratamiento un 8% de los pacientes indican experimentar irritabilidad. En los momentos centrales del tratamiento oncológico, este porcentaje se incrementa (20-30%), reduciéndose al final y en los seguimientos. En general, los pacientes refieren irritabilidad a veces y en diferentes intensidades.

En general, parece que en el GE la ansiedad se halla más presente. En cambio, la depresión y la irritabilidad, aunque quizá con menos repercusión en ambos grupos, destaca más en el GC. No obstante, la ausencia de pruebas estadísticas impide obtener conclusiones con garantías.

Resultados

Tabla 8.39: Ansiedad: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	77,4	17	65,4	19	82,6	18	81,8	15	68,2	15	78,5	15	75,0	12	80,0
1 raramente																
2 a veces	3	9,7	3	11,5	1	4,3			2	9,1	2	10,5	2	10,0	2	13,3
3 con frecuencia	1	3,2	1	3,8											1	6,7
4 siempre	3	9,7	5	19,2	3	13,0	4	18,2	5	22,7	2	10,5	3	15,0		
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	18	69,2	16	69,6	15	65,2	12	60,	12	66,7	10	52,6	13	76,5	11	84,6
1 raramente					1	4,3										
2 a veces	5	19,2	5	21,7	5	21,7	4	20,0	4	22,2	8	42,1	3	17,6	1	7,7
3 con frecuencia	1	3,8	1	4,3					1	5,6			1	5,9		
4 siempre	2	7,7	1	4,3	2	8,7	4	20,0	1	5,6	1	5,3			1	7,7
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	17	100	13	100

Tabla 8.40: Ansiedad: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	80,0	17	65,4	19	82,6	18	81,8	15	68,2	15	78,5	15	75,0	12	80,0
1 poco	4	13,3	4	15,4			1	4,5	3	13,6	1	5,3	2	10,0	1	6,7
2 moderado	2	6,7	3	11,5	1	4,3	1	4,5			2	10,5	2	10,0	1	6,7
3 bastante					2	8,7	2	9,1	2	9,1					1	6,7
4 mucho			2	7,7	1	4,3			2	9,1	1	5,3	1	5,0		
Total	30	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	18	69,2	16	69,6	15	65,2	12	60,0	12	66,7	10	52,6	13	76,5	11	84,6
1 poco	2	7,7	1	4,3	3	13,0	2	10,0	1	5,6	4	21,1	1	5,9		
2 moderado	4	15,4	4	17,4	2	8,7	5	25,0	4	22,2	3	15,8	2	11,8	1	7,7
3 bastante	1	3,8	1	4,3	1	4,3					2	10,5	1	5,9		
4 mucho	1	3,8	1	4,3	2	8,7	1	5,0	1	5,6					1	7,7
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	17	100	13	100

Resultados

Tabla 8.41: Depresión: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	77,4	20	76,9	18	78,2	17	77,3	16	72,7	17	89,5	16	80,0	12	80,0
1 raramente									2	9,1	2	10,5	1	5,0	2	13,3
2 a veces	4	12,9	3	11,5	1	4,3										
3 con frecuencia							1	4,5	1	4,5			1	5,0		
4 siempre	3	9,7	3	11,5	4	17,4	4	18,2	3	13,6			2	10,0	1	6,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	20	76,9	19	82,6	18	78,3	15	75,0	13	72,2	17	89,5	15	88,2	11	84,6
1 raramente									3	15,0	3	16,7	2	11,8	2	15,4
2 a veces	2	7,7	1	4,3	2	8,7	3	15,0	3	16,7	2	10,5	2	11,8	2	15,4
3 con frecuencia				1	4,3											
4 siempre	4	15,4	2	8,7	3	13,0	2	10,	2	11,1						
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.42: Depresión: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	80,0	20	76,9	18	78,2	17	77,3	16	72,7	17	89,5	16	80,0	12	80,0
1 poco	5	16,7	2	7,7	2	8,7	3	13,6	3	13,6					2	13,3
2 moderado	1	3,3	3	11,5	1	4,3			1	4,5			3	15,0		
3 bastante					1	4,3	1	4,5	2	9,1					1	6,7
4 mucho			1	3,8	1	4,3	1	4,5			2	10,5	1	5,0		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	19	73,1	19	82,6	18	78,3	15	75,0	13	72,2	15	78,9	15	88,2	11	84,6
1 poco	1	3,8			1	4,3	2	10,0	1	5,6	3	15,8	1	5,9	1	7,7
2 moderado	3	11,5	2	8,7	1	4,3	2	10,0	3	16,7	1	5,3			1	7,7
3 bastante	1	3,8	1	4,3	1	4,3	1	5,0					1	5,9		
4 mucho	2	7,7	1	4,3	2	8,7			1	5,6						
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>



Resultados

Tabla 8.43: Irritabilidad: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	20	64,5	16	61,5	15	65,2	13	59,1	13	59,1	17	89,5	18	90,0	13	92,9
1 raramente																
2 a veces	4	12,9	4	15,4	2	8,7	1	4,5	4	18,2	1	5,3	2	10,0	1	7,1
3 con frecuencia	3	9,7	2	7,7	3	13,0	1	4,5								
4 siempre	4	12,9	4	15,4	3	13,0	7	31,8	5	22,7	1	5,3				
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	92,3	17	73,9	18	78,3	18	90,0	15	83,3	15	78,9	16	88,9	11	84,6
1 raramente																
2 a veces	1	3,8	4	17,4	3	13,0			3	16,7	2	10,5	2	11,1	1	7,7
3 con frecuencia			1	4,3							1	5,3			1	7,7
4 siempre	1	3,8	1	4,3	2	8,7	2	10,0			1	5,3				
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.44: Irritabilidad: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	20	66,7	16	61,5	15	65,2	13	59,1	13	59,1	17	89,5	18	90,0	13	92,9
1 poco	7	23,3	7	26,9	5	21,7	7	31,8	7	31,8	2	10,5	1	5,0	1	7,1
2 moderado	1	3,3														
3 bastante			1	3,8	2	8,7	1	4,5	1	4,5			1	5,0		
4 mucho	2	6,7	2	7,7	1	4,3	1	4,5	1	4,5						
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	92,3	17	73,9	18	78,3	18	90,0	15	83,3	15	78,9	16	88,9	11	84,6
1 poco	1	3,8	2	8,7	1	4,3	1	5,0	2	11,1	3	15,8	2	11,1	1	7,7
2 moderado			1	4,3	2	8,7					1	5,3				
3 bastante																
4 mucho	1	3,8	3	13,0	2	8,7	1	5,0	1	5,6					1	7,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

### 8.4.7 Preocupaciones

En todas las preocupaciones registradas, parece observarse una presencia más marcada al inicio del tratamiento oncológico y ser casi inexistentes en los seguimientos. La preocupación más destacada, especialmente por su estabilidad en el tiempo es la preocupación por el futuro propio.

Comparando ambos grupos, en general, el GE destaca en todas las preocupaciones registradas (tablas 8.45, 8.46, 8.47 y 8.48).

Tabla 8.45: Preocupaciones por el tratamiento oncológico

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	20	64,5	15	57,7	15	65,2	12	54,5	15	68,2	15	78,9	17	85,0	12	80,0
<b>1 Si</b>	11	35,5	11	42,3	8	34,8	10	45,5	7	31,8	4	21,1	3	15,0	3	20,0
<b>Total</b>	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100
Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	13	50,0	12	52,2	9	39,1	7	35,0	8	44,4	17	89,5	18	100	13	100
<b>1 Si</b>	13	50,0	11	47,8	14	60,9	13	65,0	10	55,6	2	10,5				
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.46: Preocupaciones por el futuro propio

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	21	67,7	20	76,9	21	91,3	14	63,6	14	63,6	12	63,2	14	70,0	9	60,0
<b>1 Si</b>	10	32,3	6	23,1	2	8,7	8	36,4	8	36,4	7	36,8	6	30,0	6	40,0
<b>Total</b>	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100
Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	14	53,8	11	47,8	11	47,8	10	50,0	9	50,0	9	47,4	11	61,1	9	69,2
<b>1 Si</b>	12	46,2	12	52,2	12	52,2	10	50,0	9	50,0	10	52,6	7	38,9	4	30,8
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Resultados

Tabla 8.47: Preocupaciones por el futuro de otros significativos

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	23	74,2	18	72,0	18	78,3	16	72,7	18	81,8	16	84,2	17	85,0	13	92,9
<b>1 Si</b>	8	25,8	7	28,0	5	21,7	6	27,3	4	18,2	3	15,8	3	15,0	1	7,1
<b>Total</b>	31	100	25	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	14	100
Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	16	61,5	15	65,2	17	73,9	16	80,0	15	83,3	16	84,2	16	88,9	12	92,3
<b>1 Si</b>	10	38,5	8	34,8	6	26,1	4	20,0	3	16,7	3	15,8	2	11,1	1	7,7
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.48: Preocupaciones económicas debidas a la enfermedad/tratamiento oncológico

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	25	83,3	24	92,3	22	95,7	21	95,5	21	95,5	19	100	19	95,0	14	100
<b>1 Si</b>	5	16,7	2	7,7	1	4,3	1	4,5	1	4,5			1	5,0		
<b>Total</b>	30	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	14	100
Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 No</b>	23	88,5	19	82,6	20	87,0	15	75,0	14	77,8	15	78,9	17	94,4	12	92,3
<b>1 Si</b>	3	11,5	4	17,4	3	13,0	5	25,0	4	22,2	4	21,1	1	5,6	1	7,7
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

#### 8.4.8 Nivel de funcionamiento/actividad.

##### • Laboral

En el GC, más del 50% de los pacientes se hallan sin actividad (amas de casa y jubilados). En la primera medida el 40% de los pacientes no mantiene la actividad laboral, y sólo un 2,9% lo hace. A lo largo del tratamiento se observa como independientemente de la pérdida de pacientes, el porcentaje de pacientes que no mantienen actividad desciende, incrementándose levemente aquellos que la debilitan y la mantienen. Esto sugeriría la recuperación de este ámbito.(tabla 8.49)

En el GE el porcentaje de pacientes sin actividad se halla por debajo del 50% en todas las medidas. Esto supone más pacientes en situación de baja laboral, que amas de casa y jubilados. Parece que, durante el tratamiento oncológico los pacientes se mantienen del mismo modo, observándose cierta mejoría en los seguimientos, especialmente en el S2. (tabla 8.49).

##### • Doméstica

En ambos grupos, inicialmente hay un porcentaje más elevado de pacientes que debilitan la actividad doméstica que aquellos que la mantienen (tabla 8.50). Hasta la mitad de la quimioterapia, se observa como el número de pacientes que mantienen la actividad se incrementa, lo que indicaría cierta recuperación en este ámbito. A partir de este momento, el GC parece mantenerse, mientras que en el GE parece haber un ligero empeoramiento. En los seguimientos, el GC continua estable, mientras que el GE, parece recuperarse. (tabla 8.50).

##### • Ocio

En el GC, hasta la cuarta medida, los porcentajes de pacientes que debilitan y mantienen la actividad son bastante similares (en torno al 50%). A partir de este momento, el número de pacientes que mantiene el ocio se mantiene o incluso se incrementa en los seguimientos. En cambio, el número de pacientes que lo debilitan desciende. Esto podría indicar cierta recuperación de la actividad, aunque también la pérdida de pacientes que debilitan el ocio. (tabla 8.51).

En el GE, a lo largo del tratamiento oncológico, los pacientes que mantiene la actividad doblan a aquellos que la debilitan. Hacia la mitad y final del tratamiento el número de pacientes que debilitan la actividad se incrementa, lo que sugeriría un empeoramiento. En los dos primeros seguimientos, en cambio, parece recuperarse el nivel de actividad, incrementándose el número de pacientes que mantienen el ocio y descendiendo el número de pacientes que lo debilitan. (tabla 8.51).

• **Cuidados personales.**

En general, en ambos grupos, en torno al 80-90% de los pacientes mantienen su nivel de funcionamiento habitual. Los pacientes afectados, presentan más deterioro en los ciclos finales del tratamiento oncológico. En los seguimientos, se observa la recuperación del nivel de funcionamiento. (tabla 29; Anexo IV).

A pesar de las similitudes entre ambos grupos, parece que es en el GC en el que se hallan más pacientes que debilitan su autonomía personal.

• **Familiar.**

En ambos grupos, en general, no se recoge afectación en este ámbito, lo que supone el mantenimiento de las relaciones familiares (tabla 30; Anexo IV).

• **Pareja**

En ambos grupos los pacientes que tienen pareja, refieren mantener sus relaciones con normalidad (tabla 31; Anexo IV).

• **Sexual**

De los pacientes que tiene relaciones sexuales, en el GC, un 20-30% refieren debilitarlas o no mantenerlas, en el GE, suponen menos del 20%. Esto indicaría menor afectación que en el GC. En los seguimientos, ambos grupos parecen recuperara este ámbito puesto que se incrementa el número de pacientes que mantienen las relaciones sexuales. (tabla 8.52).

• **Amistad**

En el GC, prácticamente en todas las medidas, casi el 100% de los pacientes mantienen sus relaciones de amistad. En el GE, aunque un porcentaje elevado (en general, >80%) mantienen sus relaciones de amistad, en torno al 10-15% de los pacientes manifiestan, en algún momento de medida haber debilitado este ámbito. (tabla 32; Anexo IV).

Resultados

Tabla 8.49: Actividad Laboral

Valor	Grupo Control																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	20	57,1	17	54,8	15	57,7	13	56,5	13	59,1	13	59,1	12	63,2	12	60,0	6	40,0
1 No mantiene	14	40,0	11	35,5	7	26,9	6	26,1	5	22,7	6	27,3	3	15,8	4	20,0	1	6,7
2 Debilita			1	3,2	3	11,5	2	8,7	2	9,1	3	13,6	1	5,3			1	6,7
3 Mantiene	1	2,9	2	6,5	1	3,8	2	8,7	2	9,1			3	15,8	4	20,0	7	46,7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	14	42,4	11	42,3	11	47,8	10	43,5	7	21,2	6	33,3	7	36,8	7	38,9	9	69,2
1 No mantiene	15	45,5	14	53,8	12	52,2	12	52,2	12	36,4	10	55,6	10	52,6	7	38,9	3	23,1
2 Debilita	1	3,0											1	5,3				
3 Mantiene	3	9,1	1	3,8			1	4,3	1	3,0	2	11,1	1	5,3	4	22,2	1	7,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>60,6</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Tabla 8.50: Actividad doméstica

Valor	Grupo Control																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad																		
1 No mantiene	2	5,7	1	3,2														
2 Debilita	21	60,0	14	45,2	9	34,6	9	39,1	9	40,9	7	31,8	4	21,1	3	18,8	1	6,7
3 Mantiene	12	34,3	16	51,6	17	65,4	14	60,9	13	59,1	15	68,2	15	78,9	13	81,3	14	93,3
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
Valor	Grupo Experimental																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad																		
1 No mantiene	2	6,1	1	3,8					1	5,0								
2 Debilita	16	48,5	9	34,6	5	21,7	7	30,4	5	25,0	6	33,3	2	10,5			3	23,1
3 Mantiene	15	45,5	16	61,5	18	78,3	16	69,6	14	70,0	12	66,7	17	89,5	18	100	10	76,9
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Resultados

Tabla 8.51: Ocio

Valor	Grupo Control																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 S/ actividad</b>																		
<b>1 No mantiene</b>	2	5,7	1	3,2							1	4,5						
<b>2 Debilita</b>	15	42,9	13	41,9	12	46,2	13	56,5	8	36,4	7	31,8	6	31,6	2	10,0		
<b>3 Mantiene</b>	18	51,4	17	54,8	14	53,8	10	43,5	14	63,6	14	63,6	13	68,4	18	90,0	15	100
<b>Total</b>	35	100	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100
Valor	Grupo Experimental																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 S/ actividad</b>																		
<b>1 No mantiene</b>	1	3,0	1	3,8							1	4,3						
<b>2 Debilita</b>	13	39,4	7	26,9	7	30,4	8	34,8	6	30,0	8	44,4	5	26,3	2	11,1	2	15,4
<b>3 Mantiene</b>	19	57,6	18	69,2	16	69,6	14	60,9	14	70,0	10	55,6	14	73,7	16	88,9	11	84,6
<b>Total</b>	33	100	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 8.52: Sexual

Valor	Grupo Control																	
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3			
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>		
<b>0 S/ actividad</b>	3	9,7	2	7,7	2	8,7	2	9,1	2	9,1	2	10,5	2	10,0	3	20,0		
<b>1 No mantiene</b>	3	9,7	1	3,8	1	4,3	2	9,1	3	13,6			2	10,0	1	6,7		
<b>2 Debilita</b>	8	25,8	8	30,8	5	21,7	5	22,7	2	9,1	1	5,3	2	10,0				
<b>3 Mantiene</b>	17	54,8	15	57,7	15	65,2	13	59,1	15	68,2	16	84,2	14	70,0	11	73,3		
<b>Total</b>	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100		
Valor	Grupo Experimental																	
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3			
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>		
<b>0 S/ actividad</b>	9	34,6	8	34,8	8	34,8	7	35,0	7	38,9	7	36,8	6	33,3	4	30,8		
<b>1 No mantiene</b>																		
<b>2 Debilita</b>	3	11,5	2	8,7	2	8,7	2	10,0	1	5,6			1	5,6				
<b>3 Mantiene</b>	14	53,8	11	47,8	11	47,8	10	50,0	9	50,0	11	57,9	11	61,1	9	69,2		
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100		

### **8.5 Evaluación del cambio experimentado de los pacientes del GE de ambas muestras (cáncer de pulmón/ cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, del primer seguimiento en las condiciones seleccionadas por su interés tras los análisis previos.**

Los análisis realizados mediante Q de Cochran (pre-post-S1) para examinar el cambio experimentado en las variables analizadas, parecen señalar:

#### **A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN.**

En la tabla 8.53 podemos ver que sólo se ha podido realizar al análisis sobre dos variables (presencia/ausencia de conductas de enfermedad y patrones de evitación), y que en ninguna de las dos experimentan un cambio estadísticamente significativo. No obstante, en general, se observa que la mayoría de los pacientes no tiene conductas de enfermedad, ni patrones de evitación ni pensamientos/emociones de evitación, y una discreta evolución hacia esta tendencia. Con respecto al reconocimiento de estas tres variables, la mayoría de los pacientes parecen reconocerlas, aunque no se observan cambios estadísticamente significativos.

En las variables de actividad, la mayoría de los pacientes las mantiene a lo largo de los tres momentos registrados (tabla 8.54). Además, en aquellas en que es posible calcular el estadístico, se observa que ninguna experimenta un cambio estadísticamente significativo (al 0.05). No obstante, se observa cierta tendencia a recuperar la actividad, destacando las actividades gratificantes ( $p=0,069$ ). Con respecto a las contingencias que las fortalecen y/o debilitan, en general parece darse el reconocimiento de las mismas y, si acaso, cierta pérdida del mismo en el seguimiento, aunque sin significación estadística.

#### **B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

En la tabla 8.53 observamos que la mayoría de las pacientes no presenta ni patrones de evitación, ni pensamientos/emociones de evitación, del mismo modo en los tres momentos examinados. Sin embargo, sí experimentan un cambio estadísticamente significativo en lo que respecta a la conducta de enfermedad, dado que en el registro efectuado en el seguimiento desaparece la conducta de enfermedad que sí tienen en la medida pre-tratamiento. Con respecto al reconocimiento de las tres variables, no se observan cambios con significación estadística, así la mayoría de las pacientes las reconocen manteniéndose a lo largo de las tres medidas.



## *Resultados*

En lo que respecta a las variables de actividad (tabla 8.55), en todas se observa una tendencia a su recuperación, especialmente en el seguimiento. No obstante, sólo la actividad doméstica y de ocio fluctúan de modo significativo a lo largo del tiempo. Con respecto a las contingencias que fortalecen y/o debilitan las actividades, la mayoría de las pacientes parecen reconocerlas, especialmente en la medida post-tratamiento. En el seguimiento parece observarse cierta pérdida del mismo. No obstante esta evolución no se confirma estadísticamente.

Resultados

Tabla 8.53: Análisis Q de Cochran (pre-post-S1) para el examen del cambio experimentado en las variables: conductas de enfermedad, patrones de evitación y pensamientos/emociones de evitación.

PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN											
		pre	post	seg	Q(gl); p			pre	post	seg	Q(gl); p
Tiene conductas de enfermedad (N=11)	No	8	7	10	3.5(2);.174	Reconoce conductas de enfermedad (N=10)	No	0	0	0	---
	Si	2	3	0			Si	11	10	10	
	Perdidos	0	1	0			Perdidos	0	1	1	
Tiene patrones de evitación (N=11)	No	9	9	11	---	Reconoce patrones de evitación (N=10)	No	0	0	0	---
	Si	2	0	0			Si	11	8	10	
	Perdidos	0	2	0			Perdidos	0	3	1	
Tiene pensamientos/ emociones de evitación (N=10)	No.	7	7	8	1(2);.607	Reconoce ineficacia de estrategias de control (N=4)	No	0	0	0	---
	Si	1	1	0			Si	6	7	7	
	Perdidos	2	2	1			Perdidos	5	4	4	
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA											
		pre	post	seg	Q(gl); p			pre	post	seg	Q(gl); p
Tiene conductas de enfermedad (N=12)	No	7	8	12	<b>7(2); .030</b>	Reconoce conductas de enfermedad (N=11)	No	1	0	0	2(2);368
	Si	5	4	0			Si	10	11	11	
	Perdidos	3	2	2			Perdidos	3	3	3	
Tiene patrones de evitación (N=9)	No	11	9	11	2(2); .368	Reconoce patrones de evitación (N=10)	No	1	1	0	---
	Si	1	3	1			Si	16	14	15	
	Perdidos	1	2	4			Perdidos	2	4	4	
Tiene pensamientos/emociones de evitación (N=8)	No	8	8	6	4(2); .135	Reconoce ineficacia de estrategias de control (N=8)	No	0	1	0	2(2);368
	Si	2	2	4			Si	8	7	8	
	Perdidos	5	2	3			Perdidos	8	4	5	

Resultados

Tabla 8.54: Análisis Q de Cochran (pre-post-S1) para el examen del cambio experimentado en el nivel de actividad para los pacientes con cáncer de pulmón

PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN					
Actividad		Pre	Prat	Seg	Q(gl); p
<b>Doméstica</b> (N=10)	No mantiene	2	3	1	1.2(2); .549
	Mantiene	8	7	9	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=3)	No	1	0	0	2(2); .368
	Si	2	3	3	
	Perdidos	4	3	6	
Reconoce contingencias que debilitan (N=3)	No	0	0	1	2(2); .368
	Si	3	3	2	
	Perdidos	3	4	6	
		Pre	Prat	Seg	Q(gl); p
<b>Ocio</b> (N=10)	No mantiene	4	1	2	3.5(2); .174
	Mantiene	6	8	9	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=0)	No	7	9	7	---
	Si	0	0	0	
	Perdidos	4	2	4	
Reconoce contingencias que debilitan (N=5)	No	0	1	3	4.66(2); .097
	Si	5	4	2	
	Perdidos	3	3	5	
		Pre	Prat	Seg	Q(gl); p
<b>Gratificantes</b> (N=10)	No mantiene	5	1	1	5.33(2); .069
	Mantiene	5	9	9	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=0)	No	9	9	7	---
	Si	---	---	---	
	Perdidos	2	2	4	
Reconoce contingencias que debilitan (N=6)	No	0	1	2	2(2); .368
	Si	6	5	4	
	Perdidos	3	2	4	
		Pre	Prat	Seg	Q(gl); p
<b>Sexual</b> (N=10)	No mantiene	4	7	4	4.5(2); .105
	Mantiene	6	3	6	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=0)	No	1	0	1	---
	Si	1	1	0	
	Perdidos	9	10	10	
Reconoce contingencias que debilitan (N=0)	No	1	2	1	---
	Si	2	0	1	
	Perdidos	8	9	10	

Resultados

Tabla 8.55: Análisis Q de Cochran (pre-post-S1) para el examen del cambio experimentado en el nivel de actividad para los pacientes con cáncer de mama.

<b>MAMA</b>		<b>Pre</b>	<b>Prat</b>	<b>Seg</b>	<b>Q(gl); p</b>
<b>Doméstica (N=18)</b>	No mantiene	11	6	1	<b>10.71(2); .005</b>
	Mantiene	7	12	17	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=0)	No	--	--	--	---
	Si	10	16	14	
	Perdidos	9	3	5	
Reconoce contingencias que debilitan (N=0)	No	2	--	4	---
	Si	11	17	10	
	Perdidos	6	2	5	
		<b>Pre</b>	<b>Prat</b>	<b>Seg</b>	<b>Q(gl); p</b>
<b>Ocio (N=18)</b>	No mantiene	8	8	2	<b>6(2);.050</b>
	Mantiene	10	10	16	
	Perdidos				
Reconoce contingencias que fortalecen (N=6)	No	1(1)	2(1)	(0)	1(2);.607
	Si	9(5)	12(5)	14(6)	
	Perdidos	9	5	5	
Reconoce contingencias que debilitan (N=6)	No	4(2)	4(1)	7(4)	4.66(2);.097
	Si	7(4)	12(5)	5(2)	
	Perdidos	8	3	7	
		<b>Pre</b>	<b>Prat</b>	<b>Seg</b>	<b>Q(gl); p</b>
<b>Gratificantes (N=15)</b>	No mantiene	6	5	3	1.55(2);.459
	Mantiene	9	10	12	
	Perdidos	1	2	1	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=9)	No	2	1	0	2(2);.368
	Si	7	8	9	
	Perdidos	6	1	7	
Reconoce contingencias que debilitan (N=5)	No	2	1	3	3(2);.223
	Si	3	4	2	
	Perdidos	6	3	9	
		<b>Pre</b>	<b>Prat</b>	<b>Seg</b>	<b>Q(gl); p</b>
<b>Sexual (N=18)</b>	No mantiene	10	9	8	3(2);.223
	Mantiene	8	9	10	
	Perdidos	0	1	0	
Reconoce contingencias que fortalecen (N=0)	No	1	0	0	---
	Si	0	1	2	
	Perdidos	18	18	17	
Reconoce contingencias que debilitan (N=0)	No	1	1	2	---
	Si	2	1	0	
	Perdidos	16	17	17	

## 8.6 Estudio descriptivo de caso (N=1), exclusivamente de los pacientes del GE, de ambas muestras (cáncer de pulmón y cáncer de mama) que finalizaron la intervención psicológica y disponen de, al menos, un seguimiento.

Se expone la descripción y las tablas correspondientes a cada paciente en relación a su estado y evolución a lo largo del tratamiento de quimioterapia y los seguimientos. Se describen las siguientes variables:

- Síntomas: pérdida de apetito, dificultad para dormir, fatiga, cansancio y dolor. Se ha tenido en cuenta la frecuencia e intensidad experimentada por el sujeto entre ciclos de quimioterapia y en el periodo seguimiento, recogida mediante la entrevista semiestructurada.





- Estado emocional: ansiedad, depresión e irritabilidad. Se ha tenido en cuenta la frecuencia e intensidad experimentada por el sujeto entre ciclos de quimioterapia y en el periodo seguimiento, recogida mediante la entrevista semiestructurada.

- Subescalas de ansiedad y depresión del HADS. Se han tenido en cuenta todas las medidas disponibles de cada sujeto.

- Nivel de actividad: laboral, cuidados personales, doméstica, ocio, familiar, pareja sexual amistad y actividades gratificantes. Registradas mediante entrevista semiestructurada, a lo largo del tratamiento y en el seguimiento.

- Pensamientos/ emociones de evitación: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no)
- Conductas de enfermedad: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no)
- Patrones de evitación: presencia/ausencia y reconocimiento (si/no)

### Leyenda

CANS	Cansancio
ANS	Ansiedad
DEP	Depresión
IRRIT	Irritabilidad
F	Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre
I	Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho
HAD	HAD-A (subescala de ansiedad); HAD-D (subescala de depresión): 0-7= no caso; 8-10= caso dudoso; 11-21= caso
C. PERS	Cuidados personales
GRATIF	Actividades gratificantes
PENS/ EMO EVITACIÓN	Pensamientos/ emociones de evitación
C. ENFER	Conductas de enfermedad
P. EVIT	Patrones de evitación
S	Sin Actividad
N	No mantiene
D	Debilita
M	Mantiene
I	Incrementa
X	Presentes
SG	Sin garantías
	Reconoce contingencias que fortalecen la actividad
	Reconoce contingencias que debilitan la actividad
	Reconoce contingencias que fortalecen y debilitan la actividad
	Identifica

A. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN:

SUJETO 1:

- Síntomas: se observa fatiga, a veces y de bastante intensidad, en los momentos centrales del tratamiento de quimioterapia. El cansancio sólo se presenta a veces al final de la quimioterapia y con una intensidad moderada.
- Estado emocional: ni la entrevista ni el HAD revelan alteraciones emocionales.
- Nivel de actividad: se halla, en general, bastante conservado. La actividad laboral no se mantiene al inicio del tratamiento oncológico y, aunque tras la administración del 1º ciclo se restablece, en las dos medidas posteriores (mitad y final del tratamiento) aparece debilitada. En los seguimientos vuelve a restablecerse. Las actividades gratificantes, las domésticas y las de ocio se mantienen con normalidad en la mayoría de las medidas. El ámbito sexual resulta ser el más afectado hallándose debilitado durante todo el tratamiento oncológico.  
Se observa el reconocimiento por parte del paciente de las contingencias implicadas en el debilitamiento y/o fortalecimiento de todos los ámbitos de actividad.
- No se observan ni pensamientos/emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación.

	1	2	3	F	S1	S2	S3	S4
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	2	2	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	3	3	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	0	2	0	0	0	0
CANS. I	-	0	0	2	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	4	1	1	-	-	5	2	-
HAD-D	1	1	1	-	-	0	0	-
LABORAL	N	M	D	D	M	M	M	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	I	M	D	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	I	D	M	M
FAMILIAR	I	I	M	I	M	M	M	M
PAREJA	-	I	I	I	M	M	M	M
SEXUAL	-	D	D	D	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	I	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN				SG	SG	SG		
C. ENFER	-							
P. EVIT	-							

Parece que en general la leve pérdida de actividad por parte de este paciente puede ponerse en relación con su estado físico, en concreto con el cansancio.

SUJETO 2:

- Síntomas: la dificultad para dormir se experimenta siempre tras la administración del 1º y 3º ciclo de quimioterapia. La fatiga es experimentada a veces y de intensidad moderada tras la administración del 3º ciclo de quimioterapia. El cansancio se experimenta a lo largo de todo el tratamiento de quimioterapia y el S1, con tendencia a incrementar su frecuencia e intensidad.
- Estado emocional: mediante entrevista no se recoge afectación del mismo. El HAD tampoco indica sintomatología con significación clínica, a excepción de la primera medida para ansiedad, donde se sitúa justo en el límite para caso dudoso (puntuación = 8).
- Nivel de actividad: se observa, en general, poca afectación. La actividad laboral no se mantiene (baja médica). No obstante, se observa leve actividad sólo tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia. La actividad doméstica se debilita a partir de la administración del 3º ciclo de quimioterapia. Las actividades gratificantes se hallan un poco afectadas al inicio indicando la recuperación de las mismas en este momento y restableciéndose a partir de entonces.  
En general, se produce el reconocimiento de las contingencias implicadas en estos ámbitos.
- No se recogen pensamientos, ni emociones de evitación en ningún momento de medida. Se identifican y reconocen patrones de evitación en el periodo entre el 2º y 3º ciclo de quimioterapia. También, en este momento, se identifica conductas de enfermedad sin reconocimiento de su función por parte de la paciente. En el periodo siguiente se identifican de nuevo, son reconocidas y eliminadas.  
Se observa en esta paciente un estado físico más afectado a medida que avanza el tratamiento y especialmente en el seguimiento, destacándose el cansancio. Esto puede ser debido a los efectos de quimioterapia, pero también al progresivo deterioro físico como consecuencia de la enfermedad. Esto puede

repercutir en su afrontamiento traduciéndose en conductas de enfermedad y patrones de evitación que podrían a su vez repercutir en la actividad, en concreto, en el ámbito doméstico. Si bien, parece que la intervención logra el reconocimiento y eliminación de los mismos.

	1	2	3	F	S1
APETITO F	-	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0
DORMIR F	-	4	0	4	0
FATIGA F	-	0	0	2	0
FATIGA I	-	0	0	2	0
CANS. F	-	2	4	4	4
CANS. I	-	3	3	3	4
DOLOR F	-	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0
HAD-A	8	-	4	3	3
HAD-D	6	-	3	6	6
LABORAL	N	D	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	I	M	D	D
OCIO	I	I	I	I	M
FAMILIAR	I	I	M	I	M
PAREJA	-	I	M	I	M
SEXUAL	-	M	M	N	N
AMISTAD	-	M	I	M	M
GRATIF.	R	I	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN		X			
C. ENFER	-		X	X	
P. EVIT	-		X		

SUJETO 3:

- Síntomas: se observa cansancio y fatiga, a veces y de poca intensidad. En el S1 también se observa dificultad para dormir que es referida raramente.
- Estado emocional: la entrevista indica presencia de ansiedad durante el tratamiento oncológico con tendencia a reducir su frecuencia e intensidad. Las puntuaciones del HAD no señalan afectación, si bien, tan sólo existen datos de las dos primeras medidas.
- Nivel de actividad: se mantienen todos los ámbitos durante el tratamiento oncológico, a excepción de las actividades gratificantes que inicialmente aparecen debilitas aunque luego se restablecen. Destacar como en el S1 se debilitan las actividades domésticas, las de ocio y de nuevo las gratificantes, momento en el que apenas hay sintomatología (sólo leve dificultad para dormir).
- Se observan pensamientos y emociones de evitación al inicio del tratamiento, aunque se desconoce si se produce su reconocimiento. También, se identifican conductas de enfermedad y patrones de evitación tras la administración del 1º y 2º ciclo de quimioterapia, las cuales son reconocidas y eliminadas.

En esta paciente, el ajuste general que presenta podría atribuirse a sus condiciones de vida, ama de casa, jubilada y sin cargas familiares, además, de un importante apoyo familiar, y a la escasa repercusión de la enfermedad y/o tratamiento en relación a sintomatología experimentada.

	1	2	3	F	S1
APETITO F	-	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	1
FATIGA F	-	2	0	0	0
FATIGA I	-	1	0	0	0
CANS. F	-	2	0	0	0
CANS. I	-	1	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0
ANS. F	-	2	2	1	0
ANS. I	-	2	2	1	0
DEP. F	-	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0
HAD-A	1	0	-	-	-
HAD-D	7	3	-	-	-
LABORAL	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	D
OCIO	M	M	M	M	D
FAMILIAR	M	I	I	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S
AMISTAD	-	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	D
PENS/EMO EVITACIÓN	X	SG	SG	SG	SG
C. ENFER	-	X	X		SG
P. EVIT	-	X	X		SG



SUJETO 4:

- Síntomas: se registra dificultad para dormir en todas las medidas, siendo referido siempre. Se observan fatiga y cansancio cuya frecuencia e intensidad tiende a aumentar a medida que avanzan los ciclos de quimioterapia. El dolor es experimentado en los primeros ciclos con tendencia a reducir su frecuencia e intensidad hasta que desaparece. En los seguimientos sólo se refiere cansancio, a veces y de intensidad moderada.
  - Estado emocional: mediante entrevista no se registran alteraciones emocionales. El HAD indica una puntuación más elevada en la medida previa a la administración del último ciclo (puntuación= 10) indicando caso dudoso.
  - Nivel de actividad: se observa una importante afectación en diferentes ámbitos. Las actividades domésticas, el ocio, las gratificantes y las relaciones de amistad se ven afectadas, o bien, ya antes de iniciar la quimioterapia o, justo tras el inicio de la misma, manteniéndose así hasta el final e incluso en el S1. No obstante, en los seguimientos empieza a darse una tendencia a la recuperación de las mismas.
- En general, se observa el reconocimiento de las contingencias implicadas en el mantenimiento o no de las actividades.

	1	2	3	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	4	4	4	0	0
FATIGA F	-	2	2	4	0	0
FATIGA I	-	1	1	4	0	0
CANS. F	-	2	2	4	2	2
CANS. I	-	2	2	4	2	2
DOLOR F	-	2	1	0	0	0
DOLOR I	-	2	1	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0
HAD-A	3	0	-	1	1	1
HAD-D	5	4	-	10	4	4
LABORAL	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	D	M	M
DOMÉSTICA	M	D	D	D	M	M
OCIO	D	D	D	D	D	R
FAMILIAR	M	I	M	M	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	D	D	D	M	D
GRATIF.	M	D	D	D	R	R
PENS/ EMO EVITACIÓN		SG	SG			SG
C. ENFER	-					
P. EVIT	-					

Parece que la pérdida de actividad, y ante la ausencia de evitación y conductas de enfermedad, se podría poner en relación con el mal estado físico del paciente y la sintomatología asociada a la quimioterapia. Se observa como la puntuación más alta en depresión (HAD-D) se recoge en el momento de más sintomatología.

SUJETO 5:

- Síntomas: se observa cansancio y fatiga con alta frecuencia durante todas las medidas efectuadas, con tendencia a aumentar su intensidad a medida que avanza las sesiones, estabilizándose en los seguimientos. En el S2 se refiere pérdida de apetito de poca intensidad pero alta frecuencia y, dolor de alta frecuencia e intensidad.

Estos datos parecen indicar un empeoramiento físico importante a medida que avanzan las sesiones de tratamiento y los seguimientos.

- Estado emocional: no se recoge afectación ni mediante el HAD ni mediante la entrevista, a excepción de leve irritabilidad experimentada a veces en el periodo tras la administración del tercer ciclo de quimioterapia.
- Nivel de actividad: a pesar del empeoramiento físico, no se observa ningún ámbito afectado. Se observa el reconocimiento, en todas las medidas, de las contingencias que facilitan el mantenimiento de la actividad. Como excepción, señalar el ámbito de las relaciones sexuales que se ve debilitado tras la administración del 3º ciclo de quimioterapia y en el S3, y las actividades gratificantes, que al inicio se presentan debilitadas, aunque se restablecen.
- Aunque inicialmente se identifican pensamientos/emociones de evitación éstos en las medidas siguientes desaparecen.

Se sugiere que el mantenimiento general del ritmo de vida tiene un efecto positivo en el estado de ánimo, a pesar de los síntomas y del deterioro físico progresivo.

	1	2	3	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	0	0	0	0	0	4
APETITO I	-	0	0	0	0	0	1
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	4	4	0	4	4	0
FATIGA I	-	1	2	0	1	4	0
CANS. F	-	4	4	4	4	4	4
CANS. I	-	1	1	3	3	4	2
DOLOR F	-	0	0	0	0	4	3
DOLOR I	-	0	0	0	0	4	4
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	2	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	1	0	0	0
HAD-A	7	4	0	0	1	1	1
HAD-D	3	0	0	1	1	2	1
LABORAL	M	M	M	M	M	M	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	I
SEXUAL	-	M	M	D	M	M	D
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN	X		SG				
C. ENFER	-						
P. EVIT	-						

SUJETO 6:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia experimentada a veces y de intensidad moderada. Tras la administración del 2º ciclo de quimioterapia el paciente comienza a experimentar cansancio, a veces y de moderada intensidad, que se mantiene hasta el S2, en el que se refiere de poca intensidad.
- Estado emocional: mediante la entrevista tan sólo se recoge irritabilidad, siempre y de poca intensidad, tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia. Las puntuaciones obtenidas en el HAD no indican patología con significación clínica.
- Nivel de actividad: en general o no presenta afectación o sólo aparece debilitado al inicio del tratamiento. Excepciones son, la actividad laboral que no se mantiene (baja médica) y la actividad sexual que se halla debilitada en todos los momentos de los que se dispone el dato. En general, el paciente reconoce las contingencias implicadas en los diferentes ámbitos de actividad.
- Coincidiendo con los momentos de mayor pérdida de actividad se identifica la presencia de conductas de enfermedad y patrones de evitación, que son reconocidos por el paciente. Éstos podrían dar más cuenta de esta pérdida, que la sintomatología asociada a la enfermedad, apenas presente al inicio del tratamiento.

	1	2	3	F	S1	S2
APETITO F	-	2	0	0	0	0
APETITO I	-	2	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	2	2	2	2
CANS. I	-	0	2	2	2	1
DOLOR F	-	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	4	0	0	0	0
IRRIT. I	-	1	0	0	0	0
HAD-A	1	1	1	0	-	-
HAD-D	2	3	0	1	-	-
LABORAL	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	N	N	R	M	M	M
OCIO	D	D	M	M	M	M
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	I	I	M	M
SEXUAL	-	D	D	D	-	-
AMISTAD	-	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN				X	SG	SG
C. ENFER	-	X				
P. EVIT	-	X				

SUJETO 7:

- Síntomas: al inicio del tratamiento con quimioterapia el paciente sólo experimenta dificultad para dormir, a veces. En el final del mismo experimenta cansancio y fatiga, ambos a veces y de poca intensidad. En los seguimientos sólo se mantiene la fatiga.
- Estado emocional: la entrevista indica como al inicio del tratamiento oncológico se experimenta ansiedad, a veces y de poca intensidad (probablemente en relación con la dificultad para dormir en este momento). Del mismo modo, el HAD indica en este momento una puntuación en el HAD-A más alta, correspondiente a caso dudoso. En el resto de medidas no se observa sintomatología ansiosa o depresiva.
- Nivel de actividad: la actividad doméstica y el ocio, se ven debilitadas en los primeros ciclos de quimioterapia. En las medidas posteriores se restablecen. La actividad laboral no se mantiene en ningún momento de medida (baja médica).
- No se registran ni pensamientos/emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación. Se observa el reconocimiento de las contingencias implicadas.

La escasa sintomatología y afectación de la actividad podrían tener un efecto positivo en el estado de ánimo, el cual a su vez facilitaría el mantenimiento la vida cotidiana.

	1	2	3	F	S1
APETITO F	-	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0
DORMIR F	-	2	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	2	2
FATIGA I	-	0	0	1	1
CANS. F	-	0	0	2	0
CANS. I	-	0	0	1	0
DOLOR F	-	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0
ANS. F	-	2	0	0	0
ANS. I	-	1	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0
HAD-A	8	4	5	3	-
HAD-D	4	1	0	0	-
LABORAL	N	N	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	D	M	M	M
OCIO	D	M	D	M	I
FAMILIAR	I	I	I	I	M
PAREJA	-	I	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	I	I
PENS/ EMO EVITACIÓN					SG
C. ENFER	-				
P. EVIT	-				

Resultados

SUJETO 8:

- Síntomas: éstos comienzan o tienden a empeorar a medida que avanza el tratamiento, siendo los peores valores para el S1. La pérdida de apetito se presenta en el S1 siempre y con mucha intensidad. La dificultad para dormir se inicia tras la administración del 2º ciclo de quimioterapia y aunque durante el tratamiento se presenta a veces, en el S1 se da siempre. El cansancio aparece tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia, raramente y de poca intensidad. En el S1 se experimenta siempre y con mucha intensidad. El dolor también aparece tras la administración del primer 1º de quimioterapia, siempre y con intensidad moderada. En las medidas siguientes disminuye su frecuencia e intensidad. En el S1 vuelve a incrementarse.
  - Estado emocional: mediante la entrevista tan sólo se recoge depresión e irritabilidad en el S1, experimentándose a veces y con poca intensidad. Mediante el HAD se recoge en la primera medida una puntuación en El HAD-A que indicaría caso dudoso. En el resto de medidas no se observa significación clínica.
  - Nivel de actividad: no se mantiene la actividad laboral (baja médica) y tan sólo se debilitan las actividades gratificantes, al inicio y en el seguimiento. En el resto de medidas se mantiene con normalidad.
- En general, se observa el reconocimiento de contingencias implicadas en la actividad.
- Se identifica la presencia de conductas de enfermedad durante el tratamiento oncológico que son reconocidas por la paciente. Los pensamientos y emociones de evitación, se observan en la mitad del tratamiento y son reconocidos y eliminados.

Parece que la sintomatología, no afecta, en general, al nivel de actividad lo que podría favorecer al estado emocional. Así, destacar como en el S1 se experimenta máxima sintomatología y peor estado físico, viéndose afectadas las actividades gratificantes y el estado emocional. Probablemente los síntomas repercutan en las actividades

gratificantes, dando cuenta ambas cosas de la afectación del estado de ánimo de la paciente.

	1	2	3	F	S1
APETITO F	-	0	0	0	4
APETITO I	-	0	0	0	4
DORMIR F	-	0	2	2	4
FATIGA F	-	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0
CANS. F	-	1	2	2	4
CANS. I	-	1	1	1	4
DOLOR F	-	4	2	1	4
DOLOR I	-	2	1	1	4
ANS. F	-	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	2
DEP. I	-	0	0	0	1
IRRIT. F	-	0	0	0	2
IRRIT. I	-	0	0	0	1
HAD-A	9	0	0	-	5
HAD-D	4	3	2	-	6
LABORAL	N	N	N	N	N
C. PERS	-	I	I	I	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M
AMISTAD	-	I	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	D
PENS/EMO EVITACIÓN			X	SG	
C. ENFER	-	X	X	X	
P. EVIT	-				

Resultados

SUJETO 9:

- Síntomas: se observa dificultad para dormir, siempre, tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia. Lo mismo ocurre con el cansancio y la fatiga, ambos experimentados con bastante intensidad. La fatiga, reaparece tras la administración del 3º ciclo de quimioterapia, experimentada a veces y con mucha intensidad. El dolor se refiere tras la administración del 2º ciclo de quimioterapia, a veces y de intensidad moderada. Éste reaparece en el S2, siempre y con mucha intensidad.
- Estado emocional: ni la entrevista ni el HAD señalan patología ansiosa o depresiva.
- Nivel de actividad: la actividad laboral no se mantiene. La actividad doméstica aparece debilitada en los momentos centrales del tratamiento oncológico recuperándose al final del mismo y llegando a incrementarse en los seguimientos. Las relaciones de amistad y las actividades gratificantes aparecen debilitadas al inicio del tratamiento restableciéndose. Se observa el reconocimiento de las contingencias implicadas en los distintos ámbitos de actividad.
- No se observan ni pensamientos emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación.

	1	2	3	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	4	0	0	0	0
FATIGA F	-	4	0	2	0	0
FATIGA I	-	3	0	4	0	0
CANS. F	-	4	0	0	0	0
CANS. I	-	3	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	2	0	0	4
DOLOR I	-	0	2	0	0	4
ANS. F	-	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0
HAD-A	2	2	2	2	0	0
HAD-D	1	6	3	4	1	0
LABORAL	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	D	D	R	I	I
OCIO	M	N	M	M	M	M
FAMILIAR	M	I	I	I	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	D	M	M	M	M
GRATIF.	D	D	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN		SG				SG
C. ENFER	-					SG
P. EVIT	-					SG

Resultados

SUJETO 10:

- Síntomas: se observa fatiga y cansancio tras la administración del 2º ciclo de quimioterapia, ambas con tendencia a incrementar su frecuencia e intensidad hasta el final del tratamiento. En los seguimientos, en general, la frecuencia e intensidad bajan a niveles medios o por debajo. Se refiere dificultad para dormir, experimentada a veces, en el S2. El dolor se registra a veces y de poca intensidad tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia.
- Estado emocional: mediante la entrevista tan sólo se recoge irritabilidad al final del tratamiento, a veces y de bastante intensidad. Esta indica ni ansiedad ni depresión, al igual que el HAD.
- Nivel de actividad: la actividad laboral no se mantiene (baja laboral) e incluso desaparece en los seguimientos debido a la jubilación por la enfermedad. En el resto de ámbitos se observa un nivel de funcionamiento conservado. Tan sólo, aparecen debilitadas al inicio, las actividades gratificantes que finalmente se restablecen. Hay reconocimiento, especialmente, de las contingencias implicadas en el fortalecimiento de la actividad.
- No se identifican ni pensamientos/ emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación.

	1	2	3	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	2	0	0	0
FATIGA F	-	0	3	4	0	2	2	0	0
FATIGA I	-	0	2	3	0	3	1	0	0
CANS. F	-	0	3	4	1	2	0	1	0
CANS. I	-	0	2	3	1	2	0	1	0
DOLOR F	-	2	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	1	0	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	2	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	3	0	0	0	0	0
HAD-A	6	2	2	1	5	5	3	3	0
HAD-D	2	1	0	2	2	2	1	1	0
LABORAL	N	D	N	N	N	N	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	I	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN								SG	
C. ENFER	-								
P. EVIT	-							SG	

Resultados

SUJETO 11:

- Síntomas: sólo se observa cansancio y fatiga. La fatiga se experimenta en los primeros ciclos con una frecuencia e intensidad que tiende a disminuir. El cansancio se registra en dos periodos, tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia y en el S1, de poca intensidad y con media-alta frecuencia.
- Estado emocional: no se observan alteraciones emocionales ni mediante la entrevista ni mediante el HAD.
- Nivel de actividad: se mantiene con normalidad. Tan sólo el ámbito del ocio se ve debilitado al inicio del tratamiento de quimioterapia, a partir del cual se restablece.
- No se identifican ni pensamientos emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación

	1	2	3	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	3	2	0	0	0	0
FATIGA I	-	2	1	0	0	0	0
CANS. F	-	4	0	0	2	0	0
CANS. I	-	1	0	0	1	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0
HAD-A	3	-	0	0	0	-	0
HAD-D	2	-	1	1	1	-	0
LABORAL	M	M	M	M	M	M	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	I	M	M	M	M	I
PENS/EMO EVITACIÓN							
C. ENFER	-						
P. EVIT	-						



B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

SUJETO 1:

- Síntomas: se observa dificultad para dormir en la tercera medida, S2 y S3 con alta frecuencia. El cansancio aparece a partir de la administración del 2º ciclo de quimioterapia referido siempre y con una intensidad que se incrementa a lo largo del tratamiento. En los seguimientos, frecuencia e intensidad parecen reducirse, a excepción del S3.
- Estado emocional: se refiere ansiedad y depresión, a veces y de poca intensidad, en los momentos finales del tratamiento de quimioterapia. El HAD no indica puntuaciones con significación clínica.
- Nivel de actividad: no se observa afectación en ningún ámbito, a excepción de las relaciones sexuales que parecen debilitadas en la 2ª medida, recuperándose hasta a niveles habituales en medidas posteriores.  
Se observa, en general, el reconocimiento de las contingencias que fortalecen y/o debilitan la actividad.
- Se reconocen los pensamientos/emociones y patrones de evitación, así como las conductas de enfermedad. Estas últimas están presentes en el S3 y en la siguiente medida son eliminadas.

La paciente presenta un ajuste general favorable. La escasa sintomatología y el mantenimiento de su vida cotidiana, probablemente facilitado por las condiciones de su vida (ama de casa, sin cargas familiares...), pueden estar repercutiendo positivamente en su estado de ánimo.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	4	0	0	0	0	4	4	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	4	4	4	4	3	2	4	2	2
CANS. I	-	0	1	1	3	3	3	1	3	2	1
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	4	2	0	2	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0
ANS. F	-	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	4	6	7	6	5	-	-	2	-	-	-
HAD-D	1	3	2	1	1	-	-	1	-	-	-
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	M	I	M	I	I	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	D	R	I	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN						SG					
C. ENFER	-					SG			X		
P. EVIT	-					SG					

Resultados

SUJETO 2:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito al inicio del tratamiento, con una frecuencia e intensidad media. A partir del 3º ciclo de quimioterapia y hasta el final de la misma se presenta siempre y de mucha intensidad. En los seguimientos desaparece. La dificultad para dormir es referida en el final de la quimioterapia, incrementando su frecuencia. En los seguimientos desaparece volviendo a registrarse en el S2. El cansancio, presente desde el inicio de la quimioterapia, es de poca intensidad y aumenta su frecuencia hasta el final del tratamiento. En los seguimientos desaparece. El dolor se observa en la 4º medida, raramente y de poca intensidad. Reaparece en el S4 con frecuencia e intensidad moderada.
- Estado emocional: no se observa afectación ni mediante la entrevista ni mediante el HAD.
- Nivel de actividad: se observa escasa afectación. Sólo el ocio aparece debilitado en la primera medida, recuperándose y restableciéndose a partir de entonces.  
En general, se observa el reconocimiento de las contingencias implicadas en los diferentes ámbitos de actividad.
- No se observan ni pensamientos/emociones de evitación, ni conductas de enfermedad, ni patrones de evitación

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	2	0	4	4	4	0	0	0	0	0
APETITO I	-	2	0	4	3	4	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	2	4	0	0	2	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	2	1	2	4	4	0	0	0	0	0
CANS. I	-	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
DOLOR I	-	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0
HAD-D	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	R	M	M	M	M	M	M	M	I	M
FAMILIAR	I	I	I	M	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	I	I	M	D	M	I	M	I	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN										SG	
C. ENFER	-									SG	SG
P. EVIT	-									SG	SG

Resultados

SUJETO 3:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito en la primera medida, siempre y con frecuencia, volviendo a referirse en el final de la quimioterapia, siempre y de intensidad moderada. No se observa su presencia en los seguimientos. El cansancio se halla presente desde la primera medida con frecuencia e intensidad media. En el final del tratamiento, tiende a incrementar su frecuencia e intensidad. Sólo se halla presente en el S1, raramente y de poca intensidad. El dolor se refiere a partir de la administración del 2º ciclo de quimioterapia (siempre y moderado), con tendencia a reducir su frecuencia hacia el final de la quimioterapia (raramente), desapareciendo en los seguimientos.
- Estado emocional: mediante entrevista, se observa depresión desde el inicio (siempre y de mucha intensidad) y hasta el final de la quimioterapia, con tendencia a reducirse a medida que avanzan las sesiones. La ansiedad es referida en los momentos finales de la quimioterapia, a veces y de intensidad moderada. En los seguimientos no se recogen síntomas de ansiedad o depresión.  
El HAD no indica significación clínica en ninguna de las subescalas. No obstante, se observan puntuaciones ligeramente más altas para depresión especialmente durante la quimioterapia.
- Nivel de actividad: aparecen debilitadas la actividad doméstica y el ocio. La actividad de ocio se restablece y vuelve a debilitarse en los momentos finales de la quimioterapia, recuperándose en los seguimientos. La actividad doméstica se mantiene afectada hasta el 3º ciclo, a partir de aquí, se restablece, debilitándose de nuevo en los seguimientos. Las actividades gratificantes también se hallan debilitadas en los seguimientos.
- Se observan patrones de evitación y conductas de enfermedad que no son reconocidas. Se observan también pensamientos y emociones de evitación que sólo se reconocen en la 5º y última sesión. La presencia de estas condiciones y la dificultad de

reconocimiento podría ponerse en relación con la historia previa de la paciente de problemas emocionales. De modo que los patrones de afrontamiento utilizados en situaciones previas podrían verse ahora facilitados y mantenidos por parte de ella y su entorno.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	4	0	0	4	4	0	0	0
APETITO I	-	3	0	0	2	2	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	2	2	2	4	4	1	0	0
CANS. I	-	2	2	2	4	4	1	0	0
DOLOR F	-	0	4	2	1	1	0	0	0
DOLOR I	-	0	2	2	2	2	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	2	2	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	2	2	0	0	0
DEP. F	-	4	3	2	2	2	0	0	0
DEP. I	-	4	2	2	2	2	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	5	3	3	2	-	3	0	-	0
HAD-D	5	7	6	7	-	6	5	-	2
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	D	D	M	M	M	D	D	D
OCIO	D	M	M	M	D	D	R	R	M
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	M	R	R	R
PENS/EMO EVITACIÓN		X	X	X	X	X	SG	SG	SG
C. ENFER	-	X	X	X	X	X	SG	SG	SG
P. EVIT	-	X	X	X	X	X	SG	SG	

Resultados

SUJETO 4:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito siempre y de poca intensidad al final de la quimioterapia. En el S2 vuelve a ser referida, raramente y de poca intensidad. A partir de la administración del 2º ciclo de quimioterapia, se registra dificultad para dormir raramente y siempre, tras la administración del 3º ciclo. A partir de este momento se reduce su frecuencia. Reaparece en el S4 referida siempre. El cansancio se observa tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia, siempre y de poca intensidad. Su frecuencia tiende a mantenerse mientras que la intensidad se incrementa ligeramente durante el resto de medidas. En los seguimientos es referido a veces y de poca intensidad. El dolor aparece a partir de la administración del 3º ciclo de quimioterapia, siendo referido a veces y siempre, y con una intensidad media-baja.
- Estado emocional: mediante entrevista, se observa a partir del 4º ciclo de quimioterapia y hasta el S1 ansiedad, de frecuencia e intensidad media. La irritabilidad, presente, a veces, entre el 2º y 3º ciclo de quimioterapia se refiere de mucha intensidad. Mediante el HAD se observan puntuaciones similares de ansiedad y depresión hasta la mitad de la quimioterapia, aunque sin significación clínica. En el final y los seguimientos el HAD-A indica, en algún momento, caso dudoso.
- Nivel de actividad: la actividad doméstica y las relaciones sexuales se hallan debilitadas durante todo el tratamiento de quimioterapia. La actividad de ocio se halla debilitada al inicio y final del mismo. Las contingencias que fortalecen y debilitan la actividad son reconocidas, excepto en las relaciones sexuales.
- Se observan pensamientos /emociones de evitación y conductas de enfermedad durante toda la quimioterapia. También, se observan patrones de evitación hasta la mitad de la misma. En general se reconoce la función, aunque con dificultades en algunos momentos de medida.

La presencia de síntomas podría repercutir en la pérdida de actividad. No obstante, esta pérdida ya se da desde el inicio y en cambio los síntomas más acusados se sitúan en la mitad y final de la quimioterapia. Estas pérdidas, la presencia de evitación y las conductas de enfermedad, podrían ser atribuidas al modo en que la paciente y su entorno afrontan la situación de enfermedad (marido baja laboral para asumiendo responsabilidades familiares, recomendaciones médicas de cuidado y sobreprotección,...). Todo ello, podría acabar repercutiendo negativamente en el estado emocional de la paciente, que parece peor en los seguimientos.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
DORMIR F	-	0	1	4	3	2	2	0	0	4	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	4	2	4	4	4	2	2	2	0	0
CANS. I	-	1	2	3	2	2	1	1	1	0	0
DOLOR F	-	0	0	2	4	0	4	2	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	2	1	0	2	1	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	3	4	4	4	4	8	4	9	2	-	6
HAD-D	5	3	4	2	3	4	2	3	1	-	0
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	D	D	D	D	D	M	M	M	M	M
OCIO	D	M	M	D	D	D	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	M	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	I	I	I	I	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	D	D	D	D	D	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN		X		X	X	X				SG	SG
C. ENFER	-	X	X	X	X	X				SG	SG
P. EVIT	-	X	X	X		SG				SG	SG

Resultados

SUJETO 5:

- Síntomas: El cansancio se observa a partir de la administración del 2º ciclo de quimioterapia, a veces y de poca intensidad, incrementándose a medida que avanza los ciclos de quimioterapia. En los seguimientos, aunque sigue siendo bastante o muy frecuente, su intensidad es poca. El dolor y dificultad para dormir se observan en el S2. El dolor se experimenta siempre y de moderada intensidad y la dificultad para dormir, a veces.
- Estado emocional: mediante la entrevista tan sólo se observa ansiedad, a veces y de poca intensidad, tras la administración del primer ciclo de quimioterapia. En cambio el HAD en ambas subescalas, aunque sin significación clínica, indica puntuaciones con tendencia a aumentar durante el tratamiento de quimioterapia. Incluso, en el S2 las puntuaciones indican caso dudoso para ansiedad y caso para depresión.
- Nivel de actividad: no se observa afectación en ningún ámbito. Esto podría ponerse en relación con las condiciones de vida de la paciente (mujer mayor, viuda, independiente y sin cargas familiares), así como con la escasa sintomatología que presenta, lo que apenas provocaría interferencias. Incluso, sus patrones de afrontamiento ante esta enfermedad podrían ser similares a los presentes en su historia previa de enfermedad (Parkinson), facilitando el ajuste ante la misma.
- Desde el inicio, se observan pensamientos y emociones de evitación, así como patrones de evitación. Aunque reconoce la ineficacia de los patrones de evitación, presenta mayor dificultad para reconocer los pensamientos y emociones. Éstos sólo se reconocen en los seguimientos, aunque no se logra su eliminación.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	2
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	2	0	2	4	4	3
CANS. I	-	0	1	0	3	2	1	1
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	0	4
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	0	2
ANS. F	-	2	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	1	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	4	3	2	5	6	-	-	8
HAD-D	2	0	2	4	6	-	-	11
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	I	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN	X	X	X	X	X	X	SG	X
C. ENFER	-						SG	
P. EVIT	-		X	X	X		SG	

SUJETO 6:

- Síntomas: se observa mucha sintomatología a lo largo de todas las medidas. Todos los síntomas se presentan con alta frecuencia e intensidad y se hallan presentes hasta el S1. En el S2 sólo se registran dificultad para dormir y cansancio.
- Estado emocional: mediante entrevista se observa ansiedad, depresión e irritabilidad en todas las medidas. La frecuencia e intensidad es de media a elevada, principalmente durante la quimioterapia. En los seguimientos parecen reducirse, especialmente la irritabilidad. El HAD, indica patología ansiosa y depresiva con significación clínica en la mayoría de momentos de medida.
- Nivel de actividad: no se mantiene la actividad laboral (baja médica). El cuidado personal al inicio aparece debilitado aunque a partir del 3º ciclo se normaliza. La actividad doméstica se halla debilitada durante toda la quimioterapia aunque en el final se restablece y se mantiene en los seguimientos. Las actividades de ocio no se mantienen desde el inicio aunque se recupera cierta actividad en medidas posteriores. A partir del 4º ciclo de quimioterapia se recuperan. Las actividades gratificantes se debilitan a partir del 1º ciclo de quimioterapia, y no será hasta el final cuando se restablezcan con normalidad. Las relaciones de amistad se debilitan e incluso son ausentes durante la quimioterapia, esto probablemente se relacione con el deterioro en las actividades de ocio y gratificantes, muy vinculados a las amistades.

En general, hay reconocimiento de las contingencias que fortalecen y debilitan la actividad.

- Se observa la presencia de pensamientos y emociones de evitación casi desde el inicio, y la ausencia de reconocimiento de su ineficacia hasta los seguimientos. También, se recogen conductas de enfermedad en el 3º y 4º ciclo aunque se reconoce su función. A partir de él se eliminan. Los patrones de evitación presentes a partir del 1º ciclo

de quimioterapia, aunque son reconocidos, permanecen hasta el 3º ciclo.

La presencia de elevada sintomatología podría estar repercutiendo en un peor estado de ánimo y facilitar la pérdida de actividad. Si bien, y a su vez, la pérdida de actividades relevantes de la vida de la paciente podría mediar en esta relación, de manera que, repercutiría negativamente en el estado de ánimo, centrándose más en la enfermedad y su sintomatología. El entorno de esta paciente y sus condiciones de vida juegan un papel fundamental para explicar su afrontamiento, ya que la enfermedad parece provocar una ruptura con su proyecto de vida (madre separada con carga familiar, necesidad de trabajo, responsabilidades familiares, hijo adulto enfermo, no apoyo).

	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	4	4	4	4	4	4	0
APETITO I	-	4	4	4	4	4	4	0
DORMIR F	-	4	4	4	0	2	4	4
FATIGA F	-	0	0	4	4	4	4	0
FATIGA I	-	0	0	4	4	4	1	
CANS. F	-	4	4	4	4	4	4	4
CANS. I	-	2	4	4	4	4	2	2
DOLOR F	-	4	4	4	4	4	4	0
DOLOR I	-	2	1	3	2	4	1	0
ANS. F	-	4	2	4	4	4	4	2
ANS. I	-	3	2	4	4	4	3	3
DEP. F	-	4	4	4	4	4	4	2
DEP. I	-	3	4	4	2	2	1	3
IRRIT. F	-	4	2	4	4	2	4	2
IRRIT. I	-	4	4	4	1	4	1	1
HAD-A	17	17	9	12	10	11	14	16
HAD-D	21	13	10	12	12	13	14	13
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	D	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	D	M	D	D	M	M	M
OCIO	N	D	D	N	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	M	I	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	D	M	S	S	S	M	M
GRATIF.	M	D	D	D	D	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN		SG	X	X	X	X	X	X
C. ENFER	-	SG	X	X				
P. EVIT	-	X	X	X	SG		SG	

Resultados

SUJETO 7:

- Síntomas: la mayor sintomatología se observa en la mitad o final del tratamiento de quimioterapia y en los seguimientos. Se observa cansancio, fatiga, dolor, y dificultad para dormir (esta última sólo en el seguimiento). La fatiga se refiere raramente y de poca intensidad. En los seguimientos incrementa su frecuencia. El cansancio se refiere siempre y de poca intensidad y se reduce en los seguimientos. El dolor se experimenta con alta frecuencia y poca intensidad y la dificultad para dormir con alta frecuencia. El hecho de que los síntomas estén presentes a partir de la mitad del tratamiento oncológico y primeros seguimientos puede deberse a la acumulación de la toxicidad de la quimioterapia. La presencia en los últimos seguimientos, podría ponerse en relación con la persistencia de los efectos secundarios de la quimioterapia, y añadido a éstos los de la hormonoterapia (dolores articulares, dificultad para dormir, sofocos...).
- Estado emocional: mediante entrevista no se recogen alteraciones. El HAD tampoco indica puntuaciones con significación clínica. Los síntomas de ansiedad parecen más destacados, especialmente, en los seguimientos.
- Nivel de actividad: no se mantiene la actividad laboral (baja médica). La actividad doméstica, el ocio y las actividades gratificantes, aunque al inicio aparecen debilitadas, se restablecen a partir de la administración del 1º ciclo de quimioterapia. En general se reconocen las contingencias implicadas.
- No se registra ni evitación ni conductas de enfermedad.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
FATIGA F	-	0	0	1	0	0	4	2	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
CANS. F	-	0	0	0	4	4	2	2	0	1	2
CANS. I	-	0	0	0	1	1	1	3	0	1	2
DOLOR F	-	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4
DOLOR I	-	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	3	1	2	0	1	1	1	3	5	5	8
HAD-D	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M	M	S	S
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M	S	S
AMISTAD	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	I	I	M	M	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO											
EVITACIÓN											
C. ENFER	-										
P. EVIT	-										

Resultados

SUJETO 8:

- Síntomas: Se observa pérdida de apetito hasta el 3º ciclo de quimioterapia con alta frecuencia pero poca intensidad. A partir de este momento, no se registra este síntoma. Se observa mucha fatiga tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia, y no vuelve a darse hasta el S2, ocurriendo a veces y de intensidad moderada. Se observa dolor en el 4º y 5º ciclo, con frecuencia y a veces, respectivamente, y de poca intensidad, en ambos momentos.
- Estado emocional: no se observan alteraciones emocionales mediante la entrevista, a excepción de irritabilidad en dos momentos, 2º y último ciclo de quimioterapia, con alta frecuencia y de poca intensidad. El HAD indica puntuaciones más altas para ansiedad, especialmente al inicio de la quimioterapia y en los seguimientos. Si bien, no se observan puntuaciones con significación clínica, excepto para la primera medida que indicarían caso dudoso. Las puntuaciones en el HAD-D son apenas inexistentes.
- Nivel de actividad: aparece afectada la actividad laboral, que no se mantiene en ningún momento de medida y no se llega a restablecer. Al inicio de la quimioterapia no se mantiene la actividad doméstica (asumida por el entorno familiar) y la de ocio aparece debilitada. Para ambas, se reconocen las contingencias implicadas y se recuperan a partir de la administración del 2º ciclo. También, aparecen debilitadas las actividades gratificantes al inicio, y son recuperadas e incluso se incrementan a partir del 2º ciclo de quimioterapia.
- Se observa la presencia de evitación y conductas de enfermedad al inicio de tratamiento, siendo reconocida su función y su ineficacia.

Parce que el hecho de reconocer y recuperar actividades valiosas puede facilitar la presencia de un mejor estado emocional. Tampoco se ha de olvidar como la escasa sintomatología puede facilitar la recuperación y mantenimiento de actividades y a su vez repercutir favorablemente en el estado emocional.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0
FATIGA I	-	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0
CANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	4	0	0	0	3	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
HAD-A	8	5	3	3	2	2	6	3	3	4	1
HAD-D	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	D	I	M	M	M	M	M	M	M	I
PENS/EMO		X									
EVITACIÓN											
C. ENFER	-	X									
P. EVIT	-	X									



Resultados

SUJETO 9:

- Síntomas: se observa fatiga y cansancio al final del tratamiento con una frecuencia media. En cuanto a la intensidad, la paciente refiere bastante y moderada fatiga y poco cansancio. Refiere dolor en el periodo entre el 3º y 4º ciclo, que se experimenta con frecuencia e intensidad moderada.
- Estado emocional: mediante la entrevista, tan sólo se recoge en el S1 moderada irritabilidad que se presenta a veces. Las puntuaciones del HAD no muestran significación clínica, a excepción de la primera medida para ansiedad cuya puntuación indicaría caso dudoso. En general, parece que las puntuaciones de ansiedad son más altas, manteniéndose constantes a lo largo de las medidas. En depresión parece haber una tendencia a mejorar e incluso ser ausente en los seguimientos.
- Nivel de actividad: el ámbito laboral es el único afectado, no manteniéndose (baja médica). El ocio, las actividades gratificantes y la actividad doméstica, aunque en la primera medida aparecen debilitados, se restablecen e incluso en algunos momentos se incrementan.  
En general, se da un reconocimiento de las contingencias implicadas en el fortalecimiento o debilitamiento de las actividades.
- Se observa la presencia de pensamientos/emociones de evitación, ya desde el inicio del tratamiento. Aunque se reconocen y se eliminan en los primeros ciclos, hacia la mitad vuelven a aparecer sin reconocimiento de su ineficacia. Ocurre de forma similar al final del tratamiento, volviendo a reconocerse su función y eliminándose en los seguimientos. Las conductas de enfermedad y patrones de evitación, se hallan presentes hacia el final del tratamiento, reconociéndose su función, aunque no se eliminan hasta haber finalizado las sesiones de intervención.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	2	2	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	3	2	0	0
CANS. F	-	0	0	0	0	2	0	0
CANS. I	-	0	0	0	0	1	0	0
DOLOR F	-	0	0	3	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	2	0	0	0	0
ANS. F	-	2	0	0	0	0	2	0
ANS. I	-	1	0	0	0	0	3	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	2	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	2	0
HAD-A	8	6	5	6	6	6	6	5
HAD-D	6	3	3	3	3	4	0	0
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	I	M	I	M
OCIO	D	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	I	M	M
PAREJA	-	M	I	I	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	I	I	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN	X	X		X	X	X	X	
C. ENFER	-	X		X	X	X		
P. EVIT	-			X		X		

Resultados

SUJETO 10:

- Síntomas: se refiere pérdida de apetito en los momentos finales del tratamiento, con una frecuencia e intensidad media-alta. La dificultad para dormir se observa desde la primera medida y hasta el S1, con una frecuencia elevada y constante. El cansancio comienza a experimentarse a partir del 2º ciclo de quimioterapia, incrementando, en general, su frecuencia e intensidad a medida que avanza el tratamiento, y reduciéndose a partir del S1. Se registra elevado dolor en los momentos iniciales del tratamiento de quimioterapia. A partir de entonces desaparece.
  - Estado emocional: mediante la entrevista, tan sólo se recogen síntomas de ansiedad y depresión en el S1, experimentados a veces y de poca intensidad. El HAD en cambio, apuntan momentos del tratamiento con cierta significación para depresión. Su puntuación tiende a ir en aumento durante la quimioterapia alcanzando puntuaciones que indicarían caso dudoso al final de la misma. En cuanto al HAD-A, las puntuaciones no indican patología y se mantienen bastante constantes a lo largo de todas las medidas.
  - Nivel de actividad: la actividad laboral no se mantiene ni llega a recuperarse. La actividad de ocio se debilita a partir del 2º ciclo de quimioterapia y, aunque se restablece, vuelve a debilitarse a partir del 4º ciclo. En los seguimientos se recupera. Las actividades gratificantes se debilitan especialmente al final de la quimioterapia y S1, a partir del cual se recuperan e incluso llegan a incrementarse.
- En general, hay reconocimiento de las contingencias implicadas en el mantenimiento o debilitamiento de las actividades.
- Se recoge la presencia de pensamientos/emociones de evitación prácticamente durante toda la quimioterapia. A pesar, de darse un reconocimiento de su ineficacia no se eliminan hasta el S3. También, se observan conductas de enfermedad tras la administración del 1º ciclo, que son

reconocidas en ese momento y eliminadas en medidas posteriores.

El hecho de perder actividad especialmente al final del tratamiento y en los seguimientos, podría ponerse en relación con el acusado cansancio experimentado en estos momentos, repercutiendo ambos en un estado emocional más afectado.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	0	0	0	4	2	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	4	2	0	0	0
DORMIR F	-	3	3	4	3	2	3	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	1	2	4	4	4	3	2
CANS. I	-	0	1	2	4	2	4	3	1
DOLOR F	-	4	4	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	4	3	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	2	0	0	2	0	0
ANS. I	-	0	0	2	0	0	1	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	2	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	1	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	4	7	4	5	5	4	3	4	-
HAD-D	3	6	5	6	9	8	3	5	-
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	D	M	D	D	R	R	I
FAMILIAR	I	I	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	D	M	M	M	M	M	I
GRATIF.	M	M	M	D	M	D	D	R	I
PENS/EMO EVITACIÓN			X	X		X	SG	SG	
C. ENFER	-		X				SG	SG	
P. EVIT	-						SG	SG	

Resultados

SUJETO 11:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito, dificultad para dormir, fatiga, cansancio y dolor. Todos tienden a incrementarse tanto en frecuencia como en intensidad hacia el final del tratamiento con quimioterapia, y a mantenerse o reducirse en los seguimientos. Esta tendencia podría explicarse, en parte, por los efectos secundarios acumulados de la quimioterapia.
- Estado emocional: mediante la entrevista se recogen síntomas de ansiedad y depresión en todas las medidas realizadas. En general, la frecuencia e intensidad se mantienen en torno a valores medios. También se recoge cierta irritabilidad en el final y S2, referida a veces y de poca intensidad. El HAD indica especialmente síntomas de ansiedad con significación clínica en todas las medidas. Las puntuaciones indican caso, excepto en la 2ª medida y en el S2 y S5 que indicarían caso dudoso. En depresión, se observa caso dudoso o caso en todas las medidas excepto en la 2ª medida y en los S2 y S5, que indicarían no caso. Parece, que en ambas subescalas las puntuaciones más elevadas se recogen en el final de la quimioterapia (coincidiendo con más sintomatología, menos actividad y la presencia de patrones de evitación).
- Nivel de actividad: el ámbito laboral no se mantiene (baja médica) y no se recupera en los seguimientos (jubilación). En la mayoría del resto de ámbitos afectados (doméstico, ocio, gratificante, amistad) se produce un debilitamiento inicial, y aunque se logra un restablecimiento de la actividad, hacia el final del tratamiento vuelven a debilitarse, manteniéndose así en los primeros seguimientos. A partir del S3 se da la recuperación o restablecimiento del funcionamiento. También, en la mitad/final del tratamiento se produce el debilitamiento de los cuidados personales. En general, se observa el reconocimiento de las contingencias implicadas en el mantenimiento y/o debilitamiento de la actividad.

- Se observa la presencia de pensamientos/emociones de evitación durante todas las medidas y, aunque se reconoce su ineficacia, no se logran eliminar. Los patrones de evitación se observan a partir del 5º ciclo de quimioterapia, lo que pondría de manifiesto el abandono de actividad. Aunque estos patrones son reconocido no se eliminan hasta el S3.

No sólo los síntomas asociados a la quimioterapia y a la enfermedad explicarían la pérdida de actividad. Así, en la mitad del tratamiento se recupera actividad aun persistiendo síntomas y se pierde en los seguimientos, en los que muchos de ellos se reducen aunque sea ligeramente. Esta pérdida de actividad podría relacionarse con el estado de ánimo, más deteriorado en estos momentos.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	2	2	0	4	3	3	4	0	0	0
APETITO I	-	1	2	0	3	3	2	1	0	0	0
DORMIR F	-	4	2	0	3	4	1	4	4	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
CANS. F	-	2	2	2	0	4	2	2	4	2	2
CANS. I	-	1	3	3	0	4	2	2	2	1	2
DOLOR F	-	2	0	0	2	2	2	4	2	3	3
DOLOR I	-	2	0	0	2	2	2	1	2	2	2
ANS. F	-	2	2	2	4	3	2	2	2	3	2
ANS. I	-	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
DEP. F	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
DEP. I	-	2	2	1	1	2	1	1	2	2	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
HAD-A	13	8	14	13	16	17	13	9	13	13	10
HAD-D	9	6	10	11	9	11	11	6	9	8	7
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
C. PERS	-	M	M	D	D	D	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	D	D	M	D	M	M
OCIO	M	D	D	D	M	D	D	D	D	R	I
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M	M	I	M	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	D	D	D	M	M	D	M	M	M	M
GRATIF.	D	D	D	M	M	D	D	D	D	R	I
PENS/EMO EVITACIÓN		X	X	X	X	X	X	X	X	X	SG
C. ENFER	-										SG
P. EVIT	-	SG				X	X	X	X		SG

Resultados

SUJETO 12:

- Síntomas: se experimenta cansancio siempre y de poca o moderada intensidad al final del tratamiento con quimioterapia. El dolor se registra tras la administración del 3º ciclo de quimioterapia, a veces y moderado. No vuelve a aparecer hasta S2, con la misma frecuencia e intensidad. También, en el S2, se observa dificultad para dormir experimentada a veces.
- Estado emocional: mediante entrevista no se recoge afectación, a excepción de irritabilidad, que ocurre a veces y de poca intensidad, tras la administración del 2º ciclo quimioterapia. El HAD no indica sintomatología ansiosa ni depresiva.
- Nivel de actividad: no se mantiene la actividad laboral (baja médica) hasta el S2, momento en el que se restablece. El resto de ámbitos se mantienen con normalidad, a excepción del doméstico y las actividades gratificantes que sólo se debilitan en la medida inicial.  
Se reconocen las contingencias implicadas tanto en el debilitamiento de la actividad como en su recuperación o mantenimiento.
- Sólo se observan pensamientos/emociones de evitación en la tercera medida, reconociéndose su ineficacia y eliminándose a partir de ella.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	2
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	0	0	4	4	0	0
CANS. I	-	0	0	0	1	2	0	0
DOLOR F	-	0	0	2	0	0	0	2
DOLOR I	-	0	0	2	0	0	0	2
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	2	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	1	0	0	0	0	0
HAD-A	4	2	1	0	0	1	0	1
HAD-D	1	0	0	0	1	1	0	1
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN			X					
C. ENFER	-							
P. EVIT	-							

SUJETO 13

- Síntomas: se observa, hasta la mitad del tratamiento de quimioterapia pérdida de apetito, siempre y de mucha intensidad. Se refiere dificultad para dormir, de alta frecuencia, en todas las medidas hasta el S3. Se experimenta fatiga al final de la quimioterapia, de frecuencia e intensidad media. El cansancio aparece a partir del 2º ciclo y se mantiene hasta el último seguimiento. En general, presenta alta frecuencia e intensidad variable, con tendencia a reducirse en los seguimientos. Se observa dolor a partir del 5º ciclo de quimioterapia con frecuencia e intensidad alta. A partir de este momento, la frecuencia se incrementa con intensidad moderada.
- Estado emocional: la entrevista indica, hasta la mitad del tratamiento, ansiedad a diario y de moderada o bastante intensidad. A partir de este momento, la frecuencia e intensidad se reducen, desapareciendo en el final de la quimioterapia. En el S1 y S5 vuelve a registrarse con frecuencia e intensidad media-baja. La depresión, en el tratamiento y el S1 es, en general, elevada. Se recoge irritabilidad tras el 3º ciclo de quimioterapia con una frecuencia e intensidad medias. En el S1 y S2 vuelve a experimentarse a veces y con poca intensidad. El HAD, indica en general, puntuaciones que oscilan en todas las medidas entre caso dudoso y caso. Parece que la ansiedad registra puntuaciones más elevadas durante la quimioterapia, y a su vez, con puntuaciones algo más elevadas que el HAD-D. El HAD-D, en general, presenta puntuaciones constantes, con una puntuación más elevada en el final del tratamiento.
- Nivel de actividad: se observa afectación en todos los ámbitos, excepto en el laboral en el que no se registra actividad. El ámbito del cuidado personal, tiende a debilitarse hacia la mitad del tratamiento de quimioterapia, recuperándose a partir del último ciclo de tratamiento. En la actividad doméstica se observa algo similar. En cuanto a las actividades de ocio y gratificantes, se hallan debilitadas prácticamente en todas las medidas del tratamiento

y hasta el S1. A partir de este momento se restablecen. El ámbito de pareja y sexual se muestran muy variables, lo que se pone en relación con la pérdida de pareja y la aparición de una nueva durante la quimioterapia.

En general, se observa el reconocimiento de contingencias que fortalecen y debilitan las distintas actividades.

- Se recogen pensamientos y emociones de evitación desde la primera medida. Se logra su reconocimiento, a partir del 2º ciclo, aunque no se eliminan hasta pasado el S1. Las conductas de enfermedad y patrones de evitación, se observan hacia la mitad de la quimioterapia y prácticamente se hallan presentes hasta la última medida registrada. Aunque se reconocen no se eliminan.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	4	4	0	1	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	4	4	4	4	4	4	2	4	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	4	4	4	4	4	4	4	0	1
CANS. I	-	0	4	4	2	4	2	2	1	0	1
DOLOR F	-	0	0	0	0	3	4	4	4	2	2
DOLOR I	-	0	0	0	0	4	2	2	2	2	1
ANS. F	-	4	4	4	2	0	2	0	0	0	2
ANS. I	-	2	3	2	2	0	2	0	0	0	1
DEP. F	-	4	4	4	0	4	4	0	2	0	0
DEP. I	-	2	3	4	0	4	2	0	1	0	0
IRRIT. F	-	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0
HAD-A	11	17	-	14	16	8	13	6	11	9	12
HAD-D	6	11	-	9	8	15	11	8	7	8	9
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	I
C. PERS		M	D	M	D	R	I	I	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	D	D	D	M	M	M	M	M
OCIO	D	D	D	D	D	D	D	I	I	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	M	M	M	D	D	M
PAREJA		N	N	M	N	S	S	I	D	M	M
SEXUAL		D	N	N	N	S	S	I	N	S	M
AMISTAD		M	M	I	D	M	D	N	I	M	M
GRATIF.	D	D	D	I	D	D	D	I	I	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN	X	X	X	X	X	X	X				SG
C. ENFER	-	SG		X	X	SG		X	SG	X	SG
P. EVIT	-		X	X	X	X	X	X			X

SUJETO 14

- Síntomas: Se observa dificultad para dormir de alta frecuencia, desde la primera medida y hasta el periodo entre el 3° y 4° ciclo, a partir del cual desaparece, volviendo a aparecer en el S2. El cansancio se presenta desde el inicio y hasta el momento previo a la administración del 5° ciclo de quimioterapia, refiriéndose siempre y con moderada o poca intensidad.
- Estado emocional: mediante la entrevista no se observan alteraciones. Mediante el HAD, aunque durante la quimioterapia las puntuaciones no indican patología ansiosa ni depresiva, en el final y los seguimientos las puntuaciones del HAD-A indican caso dudoso.
- Nivel de actividad: el ámbito laboral inicialmente se debilita y pasa a no mantenerse en los momentos posteriores. Al final de la quimioterapia y en los seguimientos se restablece. También, la actividad doméstica y las gratificantes aparecen debilitadas en la primera medida pero a partir de ella se recuperan. Esta afectación inicial, tal vez, pueda ponerse en relación, con los cambios iniciales derivados fundamentalmente de la cirugía y las consultas médicas previas al inicio de la quimioterapia. Una vez recuperada de la cirugía y establecido el tratamiento la paciente puede organizar sus rutinas.
- Hacia la mitad de la quimioterapia se registran conductas de enfermedad, las cuales son reconocidas y eliminadas hacia el final de la misma. También en el 2° y 3° ciclo se observan patrones de evitación los cuales son recocidos y eliminados a partir de este momento.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	4	4	3	0	0	0	4
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	4	4	4	4	0	0	0
CANS. I	-	2	1	1	1	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	2	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	2	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	5	5	6	5	6	9	9	8
HAD-D	3	3	7	2	3	3	3	2
LABORAL	D	N	N	N	N	M	M	M
C. PERS	-	M	M	M	I	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	M	M	I	M
OCIO	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	I	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN								
C. ENFER	-	SG	X	X	X			
P. EVIT	-	X	X					

Resultados

SUJETO 15

- Síntomas: se observa fatiga, cansancio y dolor en momentos puntuales de la quimioterapia y los seguimientos. Así, tras la administración del 2º ciclo de quimioterapia se registra fatiga aunque de poca intensidad y frecuencia. En el último ciclo se registran los tres síntomas, presentándose siempre y con mucha intensidad. En el último seguimiento registrado vuelven a presentarse cansancio y dolor, con frecuencia e intensidad media-alta. Esto, tal vez, pueda relacionarse con posibles efectos secundario de la hormonoterapia y/o secuelas en el brazo derivadas de la cirugía.
- Estado emocional: tan sólo se recoge irritabilidad, a veces y de poca-moderada intensidad, tras la administración del 2º y 5º ciclo de quimioterapia. Mediante el HAD no se observan puntuaciones que indiquen patología ansiosa o depresiva.
- Nivel de actividad: la actividad laboral se mantiene en todas las medidas excepto en el periodo entre el 2º y 3º ciclo que aparece debilitada. La actividad doméstica y de ocio aparecen debilitadas en el periodo entre el 5º y último ciclo. Las actividades gratificantes aparecen debilitadas en el inicio, recuperándose en las siguientes medidas y, volviendo a debilitarse en el S2.  
Se logra el reconocimiento de las contingencias que fortalecen la actividad en todos los ámbitos.
- No se observan ni pensamientos ni emociones de evitación, ni patrones de evitación. En cambio, se identifican conductas de enfermedad al inicio de la quimioterapia que, tras ser reconocidas, se eliminan. A pesar de ello, vuelven a identificarse y reconocerse en el final, estando ausentes en los seguimientos.

Observando los momentos en los que se recoge afectación de la actividad, podría pensarse en la influencia de los efectos de la quimioterapia puesto que coinciden con los momentos en los que se registra sintomatología. Además, a su vez, podría explicar la irritabilidad también presente en estos momentos, de manera que los síntomas

experimentados y la pérdida de actividad podrían facilitar ese peor estado de ánimo. Las diferentes conductas de enfermedad identificadas también en estos momentos, podrían estar repercutiendo en la pérdida de actividad más allá de lo esperable por la enfermedad y/o tratamiento y, a su vez, tener un efecto negativo en el estado de ánimo.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	1	0	0	4	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	1	0	0	4	0	0	0	0
CANS. F	-	0	0	0	0	4	0	0	0	2
CANS. I	-	0	0	0	0	4	0	0	0	2
DOLOR F	-	0	0	0	0	4	0	0	0	4
DOLOR I	-	0	0	0	0	4	0	0	0	2
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	2	0	0	2	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	2	0	0	1	0	0	0	0
HAD-A	4	1	1	1	1	3	1	4	3	6
HAD-D	2	0	0	0	0	2	3	5	3	6
LABORAL	M	M	D	M	M	M	M	M	M	M
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	D	M	M	M	M
OCIO	M	M	M	M	M	D	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	M	M	M	M	M	D	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	M	M	M	M	M	M	D	M	M
PENS/EMO EVITACIÓN			SG						SG	
C. ENFER	-	X	X			X		SG	SG	SG
P. EVIT	-	SG						SG	SG	SG

Resultados

SUJETO 16:

- Síntomas: se registra dificultad para dormir, a veces, hacia la mitad del tratamiento oncológico. También, en este momento, aparece fatiga y se registra prácticamente a lo largo de todas las medidas. La frecuencia e intensidad tiende, en general, a incrementarse. El cansancio, presente desde el inicio del tratamiento y, hasta la mitad, se experimenta a veces o con frecuencia. En el final y los seguimientos, siempre. La intensidad se halla constante durante todas las medidas, entre moderada y bastante. Se recoge dolor entre el 2º y 3º ciclo, experimentado con frecuencia y moderada intensidad. A partir del 4º ciclo, reaparece y se mantiene hasta el S1. La frecuencia aumenta, y la intensidad se mantiene en todas las medidas.
- Estado emocional: mediante entrevista, se observa ansiedad desde el inicio, de frecuencia e intensidad media. La frecuencia, tiende a incrementarse hacia la mitad de la quimioterapia y la intensidad se mantiene. En el final del tratamiento y seguimientos su frecuencia e intensidad, en general, es media. Mediante HAD se recogen síntomas de ansiedad y depresión desde el inicio del tratamiento. En la segunda medida se observa caso dudoso y en el resto del tratamiento caso de ansiedad y depresión. En los seguimientos las puntuaciones indican caso dudoso.
- Nivel de actividad: La actividad doméstica y el ocio, aparecen especialmente debilitados hacia la mitad y final del tratamiento oncológico. En los seguimientos, la actividad doméstica se restablece y el ocio se recupera levemente. Las actividades gratificantes se debilitan hacia la mitad del tratamiento, restableciéndose, y volviendo a debilitarse a partir del 5º ciclo de quimioterapia. En los seguimientos finales se restablece.
- Hacia la mitad de la quimioterapia se presentan pensamientos y emociones de evitación. Éstos son reconocidos y se eliminan tras la administración del 5º ciclo. En los seguimientos vuelven a

identificarse. Las conductas de enfermedad se registran entre el 4º y 5º ciclo, siendo reconocidas y eliminadas. En el S2 vuelven a presentarse. Sólo en el S3 se registran patrones de evitación.

La mitad del tratamiento parece ser un momento clave en relación a la afectación de actividad, evitación y peor estado de ánimo. En estos momentos, es cierto que se da más sintomatología, si bien, ésta ya estaba presente con intensidad y frecuencia similares. Partiendo del efecto que los síntomas pueden estar causando en el nivel de actividad y estado de ánimo, parecería que la pérdida de actividad repercute de forma importante en este último. Además, en cuanto la actividad comienza a recuperarse parece que el estado emocional experimenta cierta mejoría.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	2	2	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	2	2	0	4	0	3	4
FATIGA I	-	0	1	3	0	3	0	2	1
CANS. F	-	2	3	2	3	4	4	0	4
CANS. I	-	2	2	3	2	3	2	0	3
DOLOR F	-	0	3	0	3	4	4	0	0
DOLOR I	-	0	2	0	2	2	2	0	0
ANS. F	-	2	3	2	4	2	2	2	0
ANS. I	-	2	2	3	2	2	1	2	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	5	10	13	15	14	15	11	10	11
HAD-D	5	9	14	14	12	14	10	9	10
LABORAL	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C. PERS	-	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	D	M	D	D	D	M	M	M
OCIO	M	M	M	D	D	D	R	R	R
FAMILIAR	M	I	M	M	M	I	M	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	D	M	D	D	R	R
PENS/EMO EVITACIÓN				X	X		X		X
C. ENFER	-				X			X	
P. EVIT	-								X



SUJETO 17:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito de frecuencia e intensidad media-alta hacia la mitad de la quimioterapia. Las dificultades para dormir se experimentan a partir de la administración del 2º ciclo y se mantienen prácticamente durante el tratamiento. Al inicio y final del tratamiento es de alta frecuencia y, en la mitad, moderada. También, se experimenta en los seguimientos con tendencia a incrementarse. El cansancio se halla presente prácticamente a lo largo de todas las medidas, con una frecuencia e intensidad, en general, constante (raramente- a veces/poca). En el periodo entre el 4º y el 5º ciclo se agrava, experimentándose siempre y con mucha intensidad. También, en este momento se experimenta dolor, siempre y con bastante intensidad. Aunque al final desaparece, en el S1 y S3 vuelve a registrarse con frecuencia e intensidad media.
- Estado emocional: la entrevista indica ansiedad en los seguimientos con tendencia a aumentar a medida que avanzan éstos. También, se registra irritabilidad, de frecuencia e intensidad media, en la mitad del tratamiento. En el S3, vuelve a observarse con frecuencia y mucha intensidad. Mediante el HAD, durante el tratamiento oncológico no se observan puntuaciones con significación clínica. Será en los seguimientos y, en concreto, en el HAD-A donde se observe caso dudoso (S1) y caso (S2 y S3). En el S3, en el HAD-D se observa caso dudoso.
- Nivel de actividad: la actividad laboral no se mantiene (baja médica). La actividad doméstica inicialmente se halla debilitada y, aunque se recupera, se debilita de nuevo al final de la quimioterapia y en el S3. El ocio se debilita tras la administración del 1º ciclo de quimioterapia volviendo a recuperarse a partir del 3º ciclo. En el final del tratamiento vuelve a debilitarse aunque en los seguimientos se restablece. Las actividades gratificantes se debilitan al final de la quimioterapia y en el S3.

Se observa, en general, el reconocimiento de las contingencias implicadas.

- Se identifican y reconocen pensamientos y emociones de evitación en los dos primeros seguimientos, a partir de los cuales se eliminan. También, se identifican conductas de enfermedad al inicio del tratamiento oncológico, que son reconocidas y eliminadas. No se observan patrones de evitación.

Parece que, si el estado emocional se halla afectado en los seguimientos, donde la sintomatología se mantiene o incluso se reduce, se podría poner en relación con la afectación del nivel de actividad y la presencia de pensamientos y emociones de evitación.

	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3
APETITO F	-	0	2	0	4	0	0	0	0
APETITO I	-	0	2	0	3	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	4	2	0	4	0	3	4
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	1	0	2	4	2	2	0	2
CANS. I	-	1	0	1	4	1	1	0	2
DOLOR F	-	0	0	0	4	0	4	2	0
DOLOR I	-	0	0	0	3	0	2	1	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	2	3	4
ANS. I	-	0	0	0	0	0	1	2	4
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	2	0	0	0	0	3
IRRIT. I	-	0	0	2	0	0	0	0	4
HAD-A	6	6	7	6	7	-	8	13	13
HAD-D	5	4	5	7	5	-	5	3	8
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	N
C. PERS		M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	M	M	M	M	D	M	M	D
OCIO	M	D	D	M	M	D	M	M	M
FAMILIAR	M	M	M	M	M	M	M	M	D
PAREJA		S	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL		S	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD		M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	D	M	M	D
PENS/ EMO							X	X	
EVITACIÓN									
C. ENFER	-	X							
P. EVIT	-								

Resultados

SUJETO 18:

- Síntomas: se observa pérdida de apetito, siempre y de poca intensidad, al final de la quimioterapia. La dificultad para dormir se registra hacia la mitad del tratamiento oncológico, ocurriendo con una frecuencia media y, en el final, alta. En el S2, vuelven a parecer aunque raramente. Se observa fatiga en los momentos centrales, siempre y de mucha intensidad, con tendencia a reducirse hacia el final del tratamiento de quimioterapia. El cansancio también se presenta en la mitad del tratamiento oncológico y permanece hasta el final del mismo. En general presenta alta frecuencia e intensidad. Se registra dolor, siempre y de mucha intensidad, en el periodo previo a la administración del último ciclo de quimioterapia.
- Estado emocional: ni la entrevista, ni el HAD recogen alteraciones emocionales.
- Nivel de actividad: la actividad laboral aunque no se mantiene (baja médica) durante el tratamiento oncológico se restablece con normalidad en el S2. Algo similar ocurre con las relaciones sexuales, que ya en el S1 se recuperan levemente y se restablecen en el segundo. En ambos ámbitos, se reconocen las contingencias implicadas, especialmente, las que debilitan de la actividad. La actividad doméstica y las actividades gratificantes aparecen debilitadas tan sólo al inicio del tratamiento oncológico, y posteriormente se mantiene con normalidad e incluso en algunos momentos llegan a incrementarse. Las actividades de ocio sólo aparecen debilitadas en el periodo entre el 3º y 4º ciclo de quimioterapia, reconociéndose las contingencias que las debilitan y restableciéndose nuevamente a partir de entonces. Por ello, la alteración de la actividad podría ponerse en relación con efectos secundarios puntuales del tratamiento oncológico que estaría obstaculizando un desempeño normal de las mismas.

- Se observan pensamientos y emociones de evitación que son identificados y reconocidos por la paciente pero que, a pesar de ello, se mantiene prácticamente durante todo el tratamiento oncológico. Asimismo, se identifican conductas de enfermedad y patrones de evitación en el periodo entre el 3º y 4º ciclo y en el final del tratamiento oncológico, que también son reconocidos por la paciente.

SUJETO 18	1	2	3	4	5	F	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO F	-	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	3	0	4	0	1	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	0	4	3	4	0	0	0	0	0
CANS. I	-	0	0	4	1	4	0	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	5	2	4	7	5	5	2	0	2	5	0
HAD-D	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	M	M	M	M
C. PERS		M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	M	I	D	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA		I	I	I	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL		N	N	N	N	N	D	M	M	M	M
AMISTAD		I	I	I	M	I	M	M	M	M	M
GRATIF.	D	I	M	M	M	M	I	M	M	M	I
PENS/EMO EVITACIÓN		X	X	X		X					
C. ENFER	-			X		X					
P. EVIT	-			X		X					

Resultados

SUJETO 19:

- Síntomas: no se registra sintomatología en ningún momento de medida.
- Estado emocional: ni la entrevista, ni el HAD señalan alteraciones emocionales.
- Nivel de actividad: se mantiene todos los ámbitos con normalidad, a excepción de las relaciones sexuales que se hallan debilitadas al inicio del tratamiento oncológico y en el S2.

SUJETO 19	1	2	3	4	5	F	S1	S2
APETITO F	-	0	0	0	0	0	0	0
APETITO I	-	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA F	-	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA I	-	0	0	0	0	0	0	0
CANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0
CANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR F	-	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR I	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. F	-	0	0	0	0	0	0	0
ANS. I	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. F	-	0	0	0	0	0	0	0
DEP. I	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. F	-	0	0	0	0	0	0	0
IRRIT. I	-	0	0	0	0	0	0	0
HAD-A	6	-	-	-	1	1	0	0
HAD-D	2	-	-	-	1	1	1	0
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N
C. PERS	-	I	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	I	I	M	M	M	M	M	M
OCIO	M	I	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	I	M	M
PAREJA	-	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	D	M	M	M	M	M	D
AMISTAD	-	I	M	M	M	M	M	M
GRATIF.	M	M	M	M	M	M	M	M
PENS/ EMO EVITACIÓN								
C. ENFER	-							
P. EVIT	-							

## **8.7 Exposición de cuatro casos del GE, dos pacientes con cáncer de pulmón y dos pacientes con cáncer de mama. Se expone detalladamente el procedimiento de intervención psicológica llevado a cabo con pacientes que finalizaron la intervención psicológica y cuenta, al menos, con un seguimiento.**

Con cada paciente, se llevaron a cabo sesiones de una hora aproximada de duración. Las sesiones de evaluación e intervención se realizaron antes de la administración de cada ciclo de quimioterapia, en base al protocolo de intervención (Figura 7.1) y, siempre ajustadas a las condiciones, objetivos y necesidades de cada caso particular. La primera sesión de seguimiento, se correspondió con un periodo de tiempo de 3 meses desde el último ciclo de tratamiento. Las siguientes fueron semestrales.

### *A. CÁNCER DE PULMÓN*

#### **CASO 1**

G.M. es un varón de 51 años casado y con un hijo. Es auxiliar de farmacia.

Le fue diagnosticado un tumor de pulmón anaplásico de célula grande, con un estadio III-B (T4N2M0) y un índice de Karnofsky, valorado por el médico, de 90. El tratamiento a seguir es quimioterapia intravenosa (Cisplatino+Gemcitabina) en cuatro ciclos y una vez finalizada ésta, 35 sesiones de radioterapia.

#### **SESIÓN 1 (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)**

En la primera sesión, el paciente presenta diversos síntomas físicos y limitaciones funcionales que afectan a distintos aspectos de su vida diaria.

Los síntomas físicos son, tos, pérdida de peso (12 Kg.), cansancio, dificultad para tragar, fatiga, debilidad y además refiere sentirse apático.

En cuanto a las limitaciones presenta, baja laboral, abandono de actividades domésticas y disminución de actividades de ocio.

La baja laboral viene dada por el propio contexto médico-social, como una consecuencia directa de estar enfermo, sin que el paciente pueda tomar parte de esta decisión.

En cuanto las actividades domésticas, el paciente atribuye su abandono a las dificultades físicas que presenta y manifiesta su deseo de volver a recuperarlas. Aunque, se reduce la intensidad y ocurrencia de otras actividades relevantes y gratificantes para el paciente, se mantienen algunas actividades de valor para él.

Respecto al pronóstico de la enfermedad y su tratamiento, verbaliza sentirse bastante optimista y aunque reconoce la gravedad del cáncer y los posibles efectos de la quimioterapia expresa su confianza en poder afrontarla de forma exitosa.

Desde que conoce la enfermedad, refiere sentirse apático ante la idea de afrontar las actividades que antes hacía y se encuentra especialmente irritable, pues considera que su entorno familiar le sobreprotege demasiado prestándole más atenciones e insistiendo en aspectos del cuidado personal que le hacen sentirse un enfermo. En concreto, su alimentación supone un conflicto para el matrimonio. La esposa presente durante la consulta ratifica esta situación. Reconoce que todos están más pendientes de él y ella quiere que se cuide y recupere.

Por estos cambios, el paciente verbaliza sentirse impotente y muy irritable y expresa el deseo de recuperar su estado físico, sus actividades diarias y que su familia deje de tratarle como un enfermo.

En primer lugar, se repasa con el paciente la información proporcionada por el médico sobre las condiciones de la administración del tratamiento y síntomas asociados, con el objetivo de conocer la información que el paciente recuerda, aclarar posibles dudas e identificar los posibles problemas que puedan surgir. El paciente recuerda el tipo de tumor que tiene, en qué consiste el tratamiento de quimioterapia y los efectos secundarios del mismo (náuseas / vómitos, bajada de defensas, pérdida de pelo, heridas en la boca,...). Ante la posibilidad de que estos efectos se presenten, se le pide al paciente que trate de identificar las posibles soluciones con el objetivo de conocer que conductas existen ya en su repertorio y si es el caso, indagar en las posibles alternativas, comprobando que el paciente y allegados no sólo sepan qué hacer y cómo, sino que también, sepan reconocer en qué situaciones van a ser exitosas, de forma que se hagan más probables en el futuro. Se trata de movilizar los recursos del paciente, de buscar o provocar un cambio de contingencias en el entorno si es posible y también, de utilizar el contexto terapéutico para enseñar al paciente a describir funcionalmente la conducta y a establecer metas orientadas a mantener las actividades / relaciones valiosas, en especial cuando existen condiciones (bien de la enfermedad/ otros) que no son modificables pero que sin embargo han de ser aceptadas.

En concreto las situaciones que se abordan son las relativas a náuseas y vómitos (pautas de alimentación), aspecto físico y fiebre.

En cuanto a los cambios en la actividad diaria que ha experimentado y le desagradan, se le expone al paciente como los síntomas y limitaciones asociados a la enfermedad suponen muchas veces condiciones que implican el abandono o la disminución de actividades y responsabilidades de la vida. Sin embargo, en algunos casos, vienen facilitadas por el propio contexto social y médico. En todo caso, siempre suponen la pérdida de las gratificaciones diarias que pueden repercutir negativamente en su estado de ánimo. Se trata de que el

paciente aprenda a reconocer las contingencias contextuales que están fortaleciendo o debilitando las conductas. Por ello, será necesario aceptar los cambios y tratar de buscar alternativas para que aquello valioso para él se pueda lograr por otros medios.

El primer objetivo se centró en el inicio o incremento de aquellas actividades valiosas para el paciente. El paciente debía elegir una actividad de su rutina con posibilidad de realizar con éxito y comenzar a recuperarla poco a poco. El paciente propuso el incremento de su paseo diario. En cuanto al paseo, puesto que el paciente reconoce los momentos oportunos y, ante la ausencia de otras propuestas por su parte, se propone aprovechar estos momentos para incrementar su duración. Se pretende que la realización de la actividad se ajuste a las claves contextuales que pueden llegar a controlar la conducta. Además, para asegurar que la conducta se realice con éxito y se haga más probable, se le sugiere seleccionar lugares con fácil acceso, facilitando un incremento progresivo y la seguridad de poder descansar cuando sea necesario.

En cuanto a la queja que plantea el paciente respecto a la comida, en la sesión, junto con la esposa se identifican las condiciones que mantiene esta situación diariamente. Ante la ausencia de propuestas por parte de ambos para solucionar esta situación, se les plantea establecer un acuerdo aunque sin llegar a establecer un contrato de contingencias estándar.

En cuanto a pensamientos y emociones ante la enfermedad y el tratamiento, puesto que el paciente no parece identificar la evitación de pensamientos o sentimientos relacionados con el miedo a la muerte o al sufrimiento, en esta primera sesión se hace hincapié en no luchar contra la enfermedad. Se trata de que esta situación que es desagradable y que preocupa, no afecte a otros ámbitos de la vida y le permita seguir interactuando con el mundo. El paciente parece reconocer la ineficacia de tratar de controlar este tipo de pensamientos.

## SESIÓN 2 (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)

En cuanto a síntomas ocasionados por la enfermedad y/o el tratamiento, el paciente aunque presenta pérdida de apetito moderada que ocurre a veces, observa que tuvo menos dificultades para comer. Además, manifiesta haber experimentado mucho cansancio en la semana posterior a la administración de la quimioterapia.

El paciente no es capaz de identificar si tiene limitaciones para realizar las actividades cotidianas, puesto que no ha realizado ninguna. A pesar de esto, sí identifica limitaciones para la actividad laboral y en actividades físicas concretas (ej. subir escaleras). Considera que la actividad laboral no podría realizarla ni por su estado físico (cansancio, debilidad), ni por lo que supone el procedimiento de tratamiento oncológico (consultas médicas, tiempos de espera, etc.). También, encuentra que su estado físico no es el idóneo para realizar otras actividades que impliquen un esfuerzo físico importante.

Con respecto a la actividad doméstica, el objetivo es que el paciente aprenda a observar su conducta y trate de identificar las condiciones que dan cuenta del abandono de las actividades. Se le pide al paciente que elija una situación de la semana tras el tratamiento y otra de la semana siguiente y las describa. Así, identifica que la primera semana la inactividad

se justificó por su estado físico pero, una vez transcurrida esa semana, no intentó hacer nada por comodidad. Se identifican las conductas de enfermedad en sus contextos y las condiciones implicadas en su mantenimiento (verbalizaciones, entorno familiar...). Se trata de eliminar estas conductas de enfermedad proponiendo al paciente a comprometerse con aquellas tareas que tenían y tienen valor para él.

En cuanto las actividades de ocio y gratificantes, ha recuperado e incrementado cierta actividad, por lo que se han cumplido objetivos de la sesión anterior.

El paciente reconoce estar más animado. Se ayuda al paciente a identificar la relación entre sus emociones, su estado físico y la actividad. Puesto que para él tiene valor recuperarse y hacer lo que hacía antes, observa la relación entre la mejoría de su estado físico, su estado de ánimo (se dice el tratamiento funciona, me recupero) y la recuperación de actividades (puedo hacer más cosas) y, por otra parte, la relación entre recuperar actividades y la mejora de su estado de ánimo (recuperación de la "normalidad").

Con respecto a la enfermedad a corto y medio plazo, el paciente aunque dice aceptarla, reconoce que a veces piensa en el futuro y le preocupa empeorar o morir. Ante esto, trata de cambiar esos pensamientos siendo más optimista o tratando de distraerse de ellos. Se busca, debilitar estos intentos de control que están en la base de la evitación de las experiencias.

La alternativa al control o la evitación es la aceptación de esos pensamientos. Para ello, se trabaja con el paciente para enseñarle a diferenciar el *yo como contexto* del *yo como contenido*. El *yo como contexto*, sería el yo que permanece, que está detrás del contenido y que se mantiene aún cuando éste cambie, el *yo como contenido* se refiere a los pensamientos, valoraciones, sentimientos, razones, etc. Así, el paciente tiene que darse cuenta que esos pensamientos aunque sean desagradables, son pensamientos que él tiene y no hechos que necesariamente vayan a ocurrir, son pensamientos sobre el futuro pero no son el futuro. Se trata de que los tenga sin más para facilitar su aceptación. Para favorecer este proceso se emplean metáforas, ejemplos, paradojas,...

Por último, puesto que el paciente continúa con la queja relacionada con la sobreprotección de su esposa (ya expuesta en la sesión 1), especialmente en lo relacionado a la alimentación, se reitera en la propuesta de un contrato entre ellos (que no habían llevado a cabo), que esta vez deciden asumir.

### SESIÓN 3 (previa a la administración del tercer ciclo de quimioterapia)

En esta sesión, el paciente manifiesta haber recuperado completamente el apetito. Manifiesta cansancio moderado, experimentado a veces, en los días transcurridos entre ciclos de quimioterapia.

El paciente reconoce tener limitaciones para realizar determinadas actividades puesto que nota menos ligereza en los movimientos. Esto ha podido observarlo puesto que ha comenzado a retomar actividades. Además, mantiene las limitaciones con respecto a la

actividad laboral debidas a las mismas razones que en la sesión anterior (estado físico y procedimiento médico).

La actividad doméstica se ha incrementado. El paciente identifica que su estado físico no le ha impedido retomar actividades y, puesto que ha estado menos cansado, ha sido más fácil retomarlas. Esto, supone una mejoría en su estado de ánimo. Mediante la descripción de situaciones concretas se han identificado las condiciones que han facilitado e incrementado la actividad.

En cuanto las actividades de ocio y gratificantes, ha mantenido un nivel de actividad similar que en la sesión anterior.

En esta sesión, por tanto, no sólo se han mantenido los objetivos con respecto a las actividades de ocio y logrado objetivos en relación a la actividad doméstica, sino que también, se han logrado eliminar conductas de enfermedad, y en su lugar, se han puesto en marcha actividades de valor para el paciente.

En cuanto al estado emocional del paciente, éste observa una mejoría. Se trata de que el paciente describa por sí mismo en qué se traduce esta sensación. Así, identifica como la mejoría en su estado físico (menos cansancio, recuperación de peso) facilita la realización de actividad (“cada vez puedo más”) y mejora su estado de ánimo (“estoy mejor = disfruto más de las cosas). Mediante ejemplos de su vida diaria, se ayuda al paciente a identificar como también la recuperación de actividades influye mejorando su estado de ánimo (puedo hacerlo), lo que va a facilitar el mantenimiento de las mismas. Por otro lado, ante la situación de enfermedad, el paciente manifiesta su aceptación y reconoce que puesto que está mejorando no tiene preocupaciones. No obstante, se reitera en la aceptación de pensamientos (uso de metáforas, ejemplos, paradojas, etc.) para garantizar su distanciamiento de pensamientos de evitación.

Con respecto al trato establecido entre la pareja, sólo ella ha cumplido su parte. Sin embargo, esto no ha causado problemas. El hecho de recuperar el apetito ha solucionado el conflicto, facilitando la eliminación de comportamientos de sobreprotección por parte de la mujer.

Por último, puesto que al paciente le preocupaba su irritabilidad, también se trabaja en esta sesión. El paciente verbaliza haber percibido una menor irritabilidad. Se pretende que identifique las situaciones en las que la ha experimentado. Ante su dificultad para encontrar situaciones concretas, se le instruye, en las posibles condiciones que han facilitado una menor irritabilidad. Se trata de identificarlas para que estas se hagan más probables. Además, puesto que él va recuperando actividad y va mejorando, su entorno actúa conforme a ello. En la medida que presenta menos conductas relacionadas con la enfermedad ellos se comportan con él en la misma dirección, lo que él puede percibir como un trato normal y no de enfermo.



#### SESIÓN 4 (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)

En esta cuarta sesión, el paciente presenta cansancio moderado experimentado algunos días.

Se mantienen las limitaciones tanto para realizar determinadas actividades con la misma ligereza que antes de la enfermedad y las limitaciones con respecto a la actividad laboral.

La actividad doméstica, de ocio y gratificantes se mantiene como en la sesión anterior.

La enfermedad continúa sin generarle preocupaciones. Si bien, como en sesiones anteriores se reitera en la aceptación de pensamientos.

En cuanto a las relaciones familiares, manifiesta que aunque todos siguen pendientes de él, no siente que le traten como un enfermo, reconociendo que tal vez sea su mejoría física y la recuperación de actividades diarias lo que facilite este comportamiento.

Además, el paciente considera que su mejor estado físico y la recuperación de actividades influyen en que se encuentre más animado y, que esto, junto al hecho de que no le traten como un enfermo, favorece la ausencia de irritabilidad.

#### SEGUIMIENTO 1

El paciente acude a la consulta y sólo manifiesta sentirse un poco cansado y cierta tos de vez en cuando.

En cuanto a limitaciones, se mantienen similares a la sesión anterior (actividad laboral y movimientos físicos concretos). Esto, no repercute en el resto de ámbitos de su vida diaria puesto que ha recuperado toda la actividad que él realizaba antes de empezar con la enfermedad y tratamiento de quimioterapia.

En cuanto a las relaciones familiares y de pareja, el paciente manifiesta que todos actúan con normalidad.

No se identifican ni comportamientos de enfermo ni de evitación de actividades relevantes.

En relación a su estado emocional y preocupaciones, verbaliza sentirse como antes de la enfermedad aunque reconoce estar preocupado por su futuro. Estas preocupaciones las considera normales y no generan intentos de control.

Resultados

SÍNTOMAS	1º	2º	3º	FIN	S1	S2
APETITO FR	-	2	0	0	0	0
APETITO INT	-	2	0	0	0	0
DORMIR FR	-	0	0	0	0	0
FATIGA FR	-	0	0	0	0	0
FATIGA INT	-	0	0	0	0	0
CANSANCIO FR	-	0	2	2	2	2
CANSANCIO INT	-	0	2	2	2	1
DOLOR FR	-	0	0	0	0	0
DOLOR INT	-	0	0	0	0	0

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre  
 Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

ESTADO EMOCIONAL	1º	2º	3º	FIN	S1	S2
ANSIEDAD FR	-	0	0	0	0	0
ANSIEDAD INT	-	0	0	0	0	0
DEPRESIÓN FR	-	0	0	0	0	0
DEPRESIÓN INT	-	0	0	0	0	0
IRRITABILIDAD FR	-	4	0	0	0	0
IRRITABILIDAD INT	-	1	0	0	0	0
HAD-A	1	1	1	0	-	-
HAD-D	2	3	0	1	-	-

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre  
 Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho  
 HAD: 0-7 = no caso; 8-10 = caso dudoso; 11-21 = caso

VALORACIONES MÉDICAS GLOBALES	1º	2º	3º	FIN	S1	S2
IK	90	90	90	90		
CV	8			10		

IK: 0 (-) – 100 (+)  
 CV: 0 (-) - 10 (+)

## Resultados

CONDICIONES EXPERIMENTALES	1º	2º	3º	FIN	S1	S2
LABORAL	N	N	N	N	N	N
CUIDADOS PERSONALES	-	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	N	N	R	M	M	M
OCIO	D	D	M	M	M	M
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	I	I	M	M
SEXUAL	-	D	D	D	-	-
AMISTAD	-	M	M	M	M	M
GRATIFICANTES	M	M	M	M	M	M
PENSAMIENTOS/ EMOCIONES EVITACIÓN				X	SG	SG
CONDUCTAS ENFERMEDAD	-	X				
PATRONES DE EVITACIÓN	-	X				

S Sin Actividad  
 N No mantiene  
 D Debilita  
 M Mantiene  
 I Incrementa  
 X Presentes  
 SG Sin garantías

Reconoce contingencias que fortalecen la actividad  
 Reconoce contingencias que debilitan la actividad  
 Reconoce contingencias que fortalecen y debilitan la actividad  
 Identifica

### CASO 2

J.M.C. es un varón de 56 años casado y con tres hijos, pre-jubilado del sector del metal. Le fue diagnosticado un tumor microcítico (OAT-CELL) de pulmón, con un estadio de enfermedad limitada y un índice de Karnofsky, valorado por el médico, de 90.

El tratamiento a seguir es quimioterapia intravenosa (Carboplatino + VP16) en cuatro ciclos.

#### SESIÓN 1 (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)

En la primera sesión, el paciente presenta diversos síntomas físicos (tos, pérdida de peso (3 Kg.), molestias digestivas, cansancio y fatiga) y limitaciones que afectan a distintos aspectos de su vida diaria. El paciente refiere que son sus actividades de ocio y gratificantes las que más se ven afectadas por éstas, aunque también, algunas tareas domésticas de las que se ocupaba. Así, al estar prejubilado el paciente disponía de todo el día para ocuparse en actividades como caminar (6-8 Km diarios), ir de pesca y salir con sus hermanos o a pasear con su esposa. Ahora, ha abandonado prácticamente toda actividad.

Ante el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento, verbaliza sentirse muy preocupado y angustiado. Desde que recibió el diagnóstico reconoce sentirse desganado y desilusionado por la vida. Así, aunque físicamente no se encuentra bien y esto dificulta la realización de sus actividades, tampoco tiene ganas de hacer nada, de afrontar cada día. Esto, a su vez, le desagrada enormemente porque siempre se ha considerado muy activo y para él el ejercicio físico siempre ha sido esencial. Ahora al observarse y ver como transcurren sus días, sólo ve a un enfermo. Por ello, manifiesta el valor que tendría para él recuperar sus rutinas.

En primer lugar, se repasa con el paciente la información médica, con el objetivo de conocer lo que recuerda, aclarar dudas e identificar posibles problemas. El paciente en general, recuerda la información más relevante. Como en el caso 1 se indagan las posibles soluciones disponibles en el repertorio del paciente y posibles las alternativas.

Antes los cambios en la actividad diaria que ha experimentado, se exponen las posibles condiciones (síntomas, entorno social y sanitario, etc.) implicadas en el abandono o la disminución de actividades y responsabilidades de la vida, con la consiguiente pérdida de las gratificaciones diarias que, a su vez, pueden repercutir negativamente en el estado de ánimo. Se trata de que el paciente pueda aprender a reconocer las contingencias contextuales que están fortaleciendo o debilitando las conductas y como será necesario que acepte los cambios y busque alternativas para mantener actividades valiosas.

Puesto que la actividad física es de gran valor para el paciente, el primer objetivo sería la recuperación de aquellas actividades que ha abandonado con más probabilidad de lograrse con éxito. Para ello, se diseña con el paciente una jerarquía de actividades valiosas. El paciente indica en primer lugar salir a caminar. No obstante, le preocupa su capacidad para realizarla al mismo nivel que antes. Se trata de que el paciente entienda que no hace falta realizar la actividad al mismo nivel, sino adaptarla a la situación actual, recuperándola poco a poco y con éxito. Se le pide al paciente que describa su actividad anterior y las dificultades reales que puede presentar en función de su estado físico actual. Se pretende identificar problemas y posibles alternativas para asegurar que la conducta se realice con éxito y se haga más probable.

En relación al resto de actividades de ocio, el paciente expone los obstáculos para ir de pesca, ya que reconoce que su estado físico actual no le permite desarrollar la actividad con seguridad. Se le propone al paciente esperar para ver como evoluciona y decidir si retomarla más adelante. En cuanto a las reuniones con sus hermanos, el paciente identifica que la alteración se ha debido sobre todo a su falta de tiempo por las constantes citas médicas. Así, se compromete a reiniciarla pronto.

Con respecto a las tareas domésticas también se trata de que el paciente observe lo que hacía antes e identifique dificultades reales. El paciente asume que seguramente podrá realizar todas las tareas, pero que es la desgana la que le ha llevado a abandonarlas. Se persigue que el paciente observe quien asume esas tareas (su familia) y la repercusión que tiene para él y su familia. El paciente verbaliza que esta situación le genera sentimientos de inutilidad y, especialmente de culpabilidad puesto que es una carga para los demás. Así, se le propone iniciar al menos una de estas actividades, y observar las consecuencias de hacerlo.

En cuanto a pensamientos y emociones ante la enfermedad y el tratamiento, ante la tristeza, preocupación y desilusión que verbaliza el paciente, se hace hincapié en no luchar contra la enfermedad. Se plantea como esta situación que es desagradable y que preocupa, no debe interferir en otros ámbitos de su vida y continuar interactuando con el mundo. El paciente parece reconocer la ineficacia de tratar de controlar este tipo de pensamientos.

## SESIÓN 2 (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)

En cuanto a síntomas ocasionados por la enfermedad o el tratamiento, el paciente ha tenido dificultad para dormir algunas noches y dolor moderado que ha experimentado en raras ocasiones. A pesar de estos síntomas, el paciente afirma que no han supuesto ninguna limitación para desarrollar sus actividades diarias.

Con respecto a la actividad doméstica, puesto que continua sin mantener su nivel de actividad previo a la enfermedad, se persigue que el paciente aprenda a observar su conducta y trate de identificar las condiciones por las que no ha realizado las actividades domésticas que él antes hacía. El paciente reconoce que la primera semana (tras la consulta), apenas tuvo tiempo de hacer cosas, debido a que pasó tiempo en el hospital y tuvo consultas médicas. El resto de días sólo retomó una actividad (poner la mesa) y sólo algunos, explicando como el resto de días ya había sido asumida por la familia. En cuanto a otras actividades, aunque podría haberlas hecho, no las hizo por comodidad. Se identifican, mediante ejemplos concretos, posibles conductas de enfermedad, con el objetivo de eliminarlas. Se propone al paciente que observe de nuevo la repercusión que tiene para él y que puede tener para su familia el asumir sus tareas, así como la repercusión de retomarlas. Se trata de que se comprometa con aquellas tareas que tenían y tienen valor para él.

En cuanto a las actividades de ocio y gratificantes, ha recuperado e incrementado actividad, cumpliendo las tareas para casa de valor para él. En concreto, ha iniciado sus paseos por la mañana, verbalizando que su ejecución con éxito, así como, que su hija le acompañe, le animó a continuar con ellos. Se observa como el paciente ha retomado la actividad observando sus consecuencias y buscando alternativas, por ello, se hace hincapié en esto reforzando, así, su conducta. No obstante, se trata de indagar si existe conducta de enfermedad por parte de él o de su entorno, en relación a que no vaya solo. El paciente identifica que ha sido una condición que ha facilitado retomar la actividad, pero en ausencia de ella también la ha realizado. Así el análisis de las condiciones no parece desvelar conductas de enfermedad.

Con respecto a las reuniones con sus hermanos en el bar, éstas también se han recuperado. Si bien, el paciente reconoce que se ven algo menos. Para indagar en las condiciones que están influyendo en la menor ocurrencia, se le pide al paciente que describa que días quedan, hora, lugar y como lo hacen. El paciente así puede observar que la actividad no ha ocurrido más veces por circunstancias ajenas a la enfermedad y/o tratamiento, como por ejemplo compromisos laborales y/o familiares de los hermanos.

En relación a la pesca, esta actividad aún no se ha retomado. Se persigue que el paciente sea capaz de identificar las condiciones implicadas. Él lo atribuye a su baja forma

física, además de a la pereza que ha sentido. También, identifica como su entorno familiar y en concreto su mujer, le han animado a no hacerlo argumentando que puede repercutir negativamente en su enfermedad. Se le pide al paciente que repase los días que pensó en ir e identifique si realmente podría haber ido o su estado físico se lo impedía. El paciente asume que podría haberlo hecho. También se pide que observe como se sintió al no hacerlo. Puesto que reemplazó dicha actividad por salir a caminar, no repercutió negativamente en su estado de ánimo. Se refuerza al paciente la importancia de observar estas situaciones para que identifique las condiciones implicadas en el mantenimiento o no de las conductas y sus consecuencias, así como, la importancia de buscar alternativas valiosas.

En cuanto a las recomendaciones de su mujer, se propone al paciente, que si la pesca es una actividad valiosa para él y para evitar posibles discusiones futuras, comente en la consulta del médico la adecuación o no de realizar dicha actividad. De este modo, si cuentan con el apoyo médico probablemente su mujer no vea ningún inconveniente.

El paciente reconoce que su día a día pasa de manera más agradable y se siente más animado al observar que ha recuperado su actividad. Se ayuda al paciente a identificar la relación entre sus emociones, su estado físico y la actividad. Puesto que para él tiene valor hacer lo que hacía antes, observa la relación entre la recuperación de actividades (“puedo hacer más cosas”, “recupero la actividad) y su estado de ánimo (“no soy un enfermo”, “no soy un inútil”), de manera que al recuperar su vida se siente mejor

En cuanto a cómo ve la enfermedad a corto y medio plazo, reconoce que le preocupa el futuro y, a veces, se plantea que cambios debe hacer para cuando él falte, reconociendo sentirse muy ansioso. Se busca que el paciente entienda que esos pensamientos aunque son desagradables forman parte de su vida y ha de tratar de tenerlos sin más. Se trata de que el paciente exponga esos pensamientos para que observe si puede hacer ahora algún cambio. Al no ser así, se le expone como ahora no puede controlar lo que va a pasar en el futuro, por mucho que piense en él. La alternativa al control o la evitación es la aceptación de esos pensamientos. Para ello, el paciente debe tratar de diferenciar el *yo como contexto* del *yo como contenido*. Como en el caso anterior, para favorecer este proceso se emplean metáforas, ejemplos, paradojas, etc.

### SESIÓN 3 (previa a la administración del tercer ciclo de quimioterapia)

En cuanto a síntomas asociados a la enfermedad o el tratamiento, el paciente ha experimentado más dolor, cansancio y fatiga. Estos síntomas han estado presentes con frecuencia en el periodo transcurrido entre ciclos. Además, el cansancio y la fatiga han sido poco intensos pero el dolor ha sido moderado.

El paciente manifiesta que ha tenido limitaciones para realizar determinadas actividades, especialmente, ha tenido dificultades para caminar debido al cansancio y al dolor.

La actividad doméstica se ha incrementado, el paciente reconoce que su estado físico no le ha impedido retomar estas actividades. Mediante la descripción de situaciones concretas se han identificado las condiciones que han facilitado el incremento de la actividad. El

paciente expresa que se siente más útil al hacerlo, ya que ayudar en casa es importante para él. Además, como su familia se lo agradece le hace sentirse mejor.

En cuanto las actividades de ocio y gratificantes, ha mantenido las actividades de la sesión anterior, a pesar de las limitaciones físicas. No obstante, señala la reducción en el nivel de actividad (camina menos, necesita más descansos, etc.), identificando las condiciones implicadas en ésta. Así, su estado físico le ha impedido realizarlas en la misma intensidad. Se trabaja con el paciente la aceptación de estas condiciones, puesto que se deben a la enfermedad y, en especial a los efectos secundarios de su tratamiento. Se refuerza su mantenimiento mediante la búsqueda de alternativas que él mismo ha generado. Puesto que además tienen para él mucho valor, también se reitera la relación entre mantener estas actividades y la mejoría en su estado emocional (“sigo haciendo cosas”, “me siento bien”).

Además, ha retomado la actividad relacionada con la pesca. Ha empezado con las tareas de mantenimiento de la lancha y, puesto que no hay prohibición por parte del médico, ya ha planificado la salida al mar.

En relación a la enfermedad y tratamiento, el paciente verbaliza sentirse más tranquilo. Se indaga en qué se traduce esta sensación. Así, identifica como la realización de actividad le permite estar ocupado en aquellas cosas importantes para él y esto le permite vivir el día a día. También reconoce que cuando está solo en casa sin hacer nada es cuando piensa en la enfermedad y en el futuro. Se reitera la aceptación de pensamientos, con el objetivo de debilitar intentos de control.

#### SESIÓN 4 (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)

En esta cuarta sesión, el paciente ha experimentado diversos síntomas. Ha tenido molestias de estómago, especialmente en los días transcurridos inmediatamente después de la administración de la quimioterapia. Algunos días, ha experimentado dificultad para dormir, cansancio, fatiga y tos, aunque de poca intensidad. A pesar de estos síntomas, el paciente no manifiesta limitaciones para la actividad diaria.

La actividad doméstica, de ocio y gratificantes se mantiene como en la sesión anterior. El paciente observa la relación entre los síntomas y la realización de algunas actividades y explica el uso de alternativas para poder mantenerlas. Además, se trata de que el paciente también identifique la relación entre lo que hace y lo que siente. Así, observa como al realizar sus actividades se siente animado y el hecho de buscar alternativas con resultados positivos le motiva a seguir haciendo cosas, a pesar de las limitaciones que la enfermedad o el tratamiento puedan suponer.

Se observa la aceptación de la enfermedad y aunque le preocupa el futuro no identifica intentos de control. No obstante, como en sesiones anteriores se reitera en la aceptación de pensamientos.

## Resultados

### SEGUIMIENTO (3 meses después de finalizar el tratamiento)

El paciente acude a la consulta y manifiesta fatiga algunos días y de poca intensidad. También presenta tos moderada, de vez en cuando.

No verbaliza limitaciones derivadas de la enfermedad y/o tratamiento de quimioterapia, por lo que mantiene e incluso ha incrementado su actividad diaria.

No se identifican ni comportamientos de enfermedad ni de evitación de actividades relevantes.

En cuanto a su estado emocional y preocupaciones, aunque le preocupa la enfermedad, lo que se traduce en pensamientos por su futuro y el de su familia, parece haber aceptación, ya que lo considera normal y no generan intentos de control.

SINTOMAS	1º	2º	3º	FIN	S1
APETITO FR	-	0	0	0	0
APETITO INT	-	0	0	0	0
DORMIR FR	-	2	0	0	0
FATIGA FR	-	0	0	2	2
FATIGA INT	-	0	0	1	1
CANSANCIO FR	-	0	0	2	0
CANSANCIO INT	-	0	0	1	0
DOLOR FR	-	0	0	0	0
DOLOR INT	-	0	0	0	0

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre  
Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

ESTADO EMOCIONAL	1º	2º	3º	FIN	S1
ANSIEDAD FR	-	2	0	0	0
ANSIEDAD INT	-	1	0	0	0
DEPRESIÓN FR	-	0	0	0	0
DEPRESIÓN INT	-	0	0	0	0
IRRITABILIDAD FR	-	0	0	0	0
IRRITABILIDAD INT	-	0	0	0	0
HAD-A	8	4	5	3	-
HAD-D	4	1	0	0	-

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre  
Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho  
HAD: 0-7 = no caso; 8-10 = caso dudoso; 11-21 = caso

VALORACIONES MÉDICAS GLOBALES	1º	2º	3º	FIN	S1
IK	90	90	90	90	-
CV	9			9	

IK: 0 (-) - 100 (+)  
CV: 0 (-) - 10 (+)



## Resultados

CONDICIONES EXPERIMENTALES	1º	2º	3º	FIN	S1
LABORAL	S	S	S	S	S
CUIDADOS PERSONALES	-	M	M	M	M
DOMÉSTICA	D	D	M	M	M
OCIO	D	M	D	M	I
FAMILIAR	I	I	I	I	M
PAREJA	-	I	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M
AMISTAD	-	M	M	M	M
GRATIFICANTES	M	M	M	I	I
PENSAMIENTOS/ EMOCIONES EVITACIÓN					SG
CONDUCTAS ENFERMEDAD	-				
PATRONES DE EVITACIÓN	-				

S Sin Actividad  
 N No mantiene  
 D Debilita  
 M Mantiene  
 I Incrementa  
 X Presentes  
 SG Sin garantías

Reconoce contingencias que fortalecen la actividad  
 Reconoce contingencias que debilitan la actividad  
 Reconoce contingencias que fortalecen y debilitan la actividad  
 Identifica

### B. PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

#### CASO 3

L.A. es una mujer de 33 años casada y madre de una hija de 11 años. Trabaja en el cuidado de niños. Le fue diagnosticado un carcinoma ductal infiltrante de mama, con un estadio III-B (T4N2M0) y un índice de Karnofsky, valorado por el médico de 90. Se le practicó una mastectomía y posteriormente fue tratada con quimioterapia intravenosa (Taxotere+Herceptín+CEF), pautada en 6 ciclos de tratamiento.

#### SESIÓN 1 (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)

En el momento de la primera sesión la paciente presenta efectos derivados de la cirugía en el brazo y pecho afectado por lo que tiene limitados algunos movimientos con el brazo. Estas limitaciones junto con las recomendaciones médicas sobre actividades que no debe realizar (coger pesos, planchar...) repercuten en su vida doméstica, familiar y laboral.

Desde la cirugía, ella junto con su marido e hija se han instalado en casa de los padres de ella.

Con respecto a las actividades domésticas, no realiza ninguna actividad. Por un lado, se identifica que tanto por los efectos de la cirugía como por las prescripciones médicas hay cosas que no puede hacer, pero también se reconoce que el hecho de estar en casa de la madre favorece el abandono de las actividades.

En cuanto a la actividad laboral ha tenido que abandonarla debido al estado del brazo por la cirugía. Antes trabajaba de 8.30 de la mañana hasta las 14.30, por tanto ahora tiene este tiempo desocupado.

Sobre la relación familiar ella se siente muy apoyada y siente que todos están muy pendientes de ella, lo que tiene un gran valor para ella.

Con respecto a actividades gratificantes y de ocio, éstas se han reducido. No sale tanto como antes, ni se ocupa de ir con la niña al parque, o llevarla y recogerla en el colegio (lo hace la abuela). Se le pide a la paciente que trate de identificar las condiciones que favorecen el abandono de actividades. En ese momento ella lo atribuye a su estado físico tras la cirugía.

Para ocupar el tiempo del que ahora dispone, la paciente cuenta como ahora duerme hasta las 11 de la mañana y luego navega por internet. Por la tarde, ayuda a la niña con los deberes y juega con ella, y a última hora suele salir a dar un paseo con su marido o con una amiga.

Ante la enfermedad no parece presentar emociones y/o pensamientos de evitación, reconoce que está preocupada por como irá el tratamiento ya que ahora mismo constata que no podría llevar el ritmo de vida que llevaba antes de operarse y esto le disgusta y le hace sentirse triste.

La paciente plantea que si el tratamiento de quimioterapia no le causa muchos efectos le gustaría volver a su casa pronto, ya que en casa de sus padres se lo dan todo hecho y, aunque esto no le incomoda, ve que no es la misma que era, ya que antes trabajaba toda la mañana, se ocupaba de la niña y de la casa.

En primer lugar, como en casos anteriores se repasa la información médica sobre las condiciones de la administración del tratamiento de quimioterapia y síntomas asociados, con el objetivo de conocer la información que la paciente recuerda y aclarar posibles dudas e identificar problemas que puedan surgir. Se observa que la paciente recuerda dicha información y se indagan soluciones y alternativas disponibles en su repertorio. En concreto las situaciones que se abordan son las relativas a náuseas y vómitos (pautas de alimentación) y al aspecto físico (caída de pelo). Con respecto a la caída de pelo no manifiesta ningún tipo de preocupación, además ya ha tomado medidas para estar preparada (pañuelos, gorras).

Nuevamente se trata de que la paciente observe la repercusión de los cambios que han ocurrido en su actividad diaria y en su estado de ánimo (estos cambios le desagradan). Se persigue que la paciente observe como los síntomas y limitaciones asociados a la enfermedad facilitan una evitación de actividades y responsabilidades, con frecuencia mantenidas por el

entorno y, además, al convertirse en un problema adicional “explican” la limitación. Con ello, se pierden gratificaciones que en consecuencia pueden generar un estado de ánimo negativo. Por ello, es importante que la paciente sea capaz de reconocer las contingencias contextuales que están fortaleciendo o debilitando un comportamiento y pueda observar como, en ocasiones, no sólo por los efectos de la enfermedad y el tratamiento (cirugía) se produce el abandono de actividades relevantes de su vida.

Ante sus quejas de no ser la misma de antes, por la falta de actividad, se orienta a la paciente en la búsqueda de alternativas al tiempo que antes empleaba en su trabajo. La paciente señala que cuando ella se levanta, la madre ya lo tiene todo hecho y por tanto no sabe qué hacer. A veces, se sienta ante el ordenador pero esto no resulta suficientemente valioso para ella. Por ello, se le sugiere la posibilidad de levantarse más temprano y colaborar con su madre en las tareas domésticas.

La madre, presente en la sesión, manifiesta como ella contribuye a mantener que su hija se levante tarde y no tenga nada que hacer, puesto que para ella es muy satisfactorio poder ocuparse de su hija. Se identifica y reconoce aquí una conducta de enfermedad mantenida por las ganancias que supone para ambas.

En cuanto a pensamientos y emociones ante la enfermedad y el tratamiento, puesto que la paciente no parece verbalizar pensamientos o sentimientos de evitación, en esta primera sesión, se hace hincapié en no tratar de luchar contra la enfermedad, se trata de que esta situación, que es desagradable y que preocupa, no afecte a otros ámbitos de la vida y le permita seguir interactuando con el mundo. La paciente parece reconocer la ineficacia de tratar de controlar este tipo de pensamientos. Además, se trabaja la aceptación de pensamientos y emociones mediante el uso de metáforas, ejemplos, paradojas, etc.

## SESIÓN 2 (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)

Desde la sesión anterior, la paciente ha experimentado síntomas asociados a la quimioterapia. En la semana posterior a la administración del tratamiento oncológico, tuvo el estómago bastante revuelto. Esto, a su vez, repercutió en que tuviera menos apetito. También en esta semana tuvo diarrea moderada. Además, experimentó mucho cansancio y fatiga.

En cuanto a las tareas domésticas, no realizó ninguna actividad excepto la última semana (anterior a esta sesión). Se trata de que la paciente identifique las condiciones que han debilitado o facilitado la actividad. Mediante ejemplos concretos, la paciente identifica que han sido las limitaciones físicas (efectos de la cirugía, sensación de estómago revuelto y diarrea, cansancio) las que han dificultado tener actividad las dos primeras semanas tras la administración del primer ciclo (pasó la mayoría del tiempo en la cama). Durante la última semana su estado físico mejoró (reducción o eliminación de síntomas), lo que facilitó iniciar la actividad.

En cuanto a las actividades de ocio y actividades gratificantes, también se han visto debilitadas según identifica por las limitaciones derivadas de los efectos del tratamiento. No

obstante, ha mantenido aquellas que ha podido realizar en casa (internet, juegos con la niña, etc.), así como salir a pasear.

Por otro lado, la paciente expone su disgusto con respecto a una actividad que ha abandonado por miedo a que sea peligrosa. Así, no lleva a la niña al parque porque le preocupa que le den un balonazo o la empujen y repercuta en el pecho afectado. Identifica como la enfermedad está interfiriendo en los momentos de juego de madre-hija.

La relación familiar y de pareja ha cambiado aumentando en la frecuencia y duración de los contactos. Todos están más pendientes de ella. Esto se traduce en más conductas de sobreprotección y más muestras de cariño (incremento del contacto corporal). También, las relaciones con sus amigas han supuesto un incrementado en la frecuencia y duración del contacto, aunque no parecen identificarse conductas de enfermedad.

En el ámbito de las relaciones sexuales, la paciente manifiesta que no se ha visto alterado ni por la enfermedad o el tratamiento oncológico, ni por los cambios en la vida diaria (ej. vivir en casa de sus padres).

La paciente no manifiesta con respecto a la enfermedad pensamientos o emociones de evitación, aunque sí reconoce sentirse a veces un poco triste.

En esta sesión se trabaja:

- Puesto que para ella es importante volver a su casa y “ser la de siempre”, se insiste en como debido a la enfermedad y al tratamiento hay cosas que de momento no pueden cambiarse, pero que a su vez hay otras que no es necesario cambiar. Así, por ejemplo, se trata de que la paciente observe e identifique qué impide que vuelva a su casa y proponer alternativas para que permitan superar las dificultades. Se trata de que observe como el compromiso de hacer este cambio puede influir en su estado de ánimo, ya que en la medida en que recupere actividades valiosas se puede sentir más útil.

También, se trabaja con la madre este aspecto, de manera que pueda observar la importancia de que su hija recupere su rutina, aunque esto suponga la pérdida de ganancias (sentir que la protege, que la cuida, etc.). La madre reconoce la situación y se compromete a facilitar el cambio.

Se persigue en definitiva eliminar conductas de enfermedad favoreciendo conductas más saludables.

- Ante la queja de la interferencia de la enfermedad en la relación madre-hija, en concreto, se trata de analizar las contingencias implicadas en la evitación de llevar a su hija al parque. Así, mediante la descripción y comparación con situaciones similares (pasear, acudir a lugares transitados,...), la paciente puede observar que no existen condiciones que justifiquen el abandono. No obstante, y puesto que identifica que hay cierta probabilidad de que ocurra alguna situación de las que teme (Ej: recibir un balonazo), se le propone buscar alternativas (parques menos concurridos, etc.) para mantener la actividad sin que ni ella ni la niña pierdan ese momento del día.

- Respecto a la sensación de tristeza que experimenta, se propone a la paciente que mediante ejemplos concretos identifique en qué contextos ha experimentado esta sensación. Mediante el análisis de estas situaciones, se observa que afectan a su estado aquellos momentos de mayor sintomatología y dificultad para realizar o mantener la actividad. Por ello, se trabaja con la paciente la importancia de aceptar que estas condiciones (síntomas y limitaciones asociados a la enfermedad) pueden suponer, en ocasiones, el abandono o la disminución de actividades con la consiguiente pérdida de gratificaciones diarias. Se trata de anticiparse, generar alternativas, si es posible, y prevenir el malestar emocional que puedan generar. Se persigue que aprenda a reconocer las contingencias contextuales que están fortaleciendo o debilitando las conductas, reconocer lo que puede y no puede ser cambiado (ej. Síntomas derivados del tratamiento) y destacar la importancia de buscar alternativas para tratar de mantener aquellas cosas valiosas para ella.

### SESIÓN 3 (previa a la administración del tercer ciclo de quimioterapia)

En cuanto a los síntomas referidos por la paciente en esta sesión, sólo ha notado la falta de apetito que ha ocurrido en la mayoría de los días, aunque ha sido leve. El resto de síntomas han desaparecido, tan sólo pequeñas molestias derivadas de la cirugía que han limitado algún movimiento concreto. Esto, repercute en que la actividad laboral de momento siga sin recuperarse, aunque sí se plantea recuperarla cuando acabe el tratamiento.

Se revisan las tareas propuestas para casa: regreso a su casa/retomar actividades y salir al parque.

La paciente comenta que se han mudado de nuevo a su casa. Esto supone la recuperación de las actividades domésticas, excepto aquellas limitadas por las recomendaciones médicas o por molestias importantes del brazo. Para la realización de estas actividades ha recibido la ayuda de su madre y de su marido.

En cuanto a actividades de ocio y actividades gratificantes, ha ido recuperando e incrementando actividades. Se encarga de llevar a la niña al colegio y recogerla (antes se ocupaba la abuela), salen más y ha comenzado a acudir al parque.

Se han reducido las conductas de cuidado por parte de la familia. La paciente identifica que esto se ha visto facilitado por la vuelta a casa y, por tanto, la recuperación de cierta normalidad.

La relación de pareja y sexual continúa igual que en la sesión anterior.

En cuanto a emociones y preocupaciones refiere sentirse mucho mejor, reconoce estar más animada puesto que ha empezado a recuperar su vida. No parece presentar ni pensamientos ni emociones de evitación. Además, la paciente verbaliza que nota que los demás también están mejor, en concreto la niña (expone y analiza ejemplos concretos de esto) y, esto para ella es otra condición que facilita el incremento y recuperación de actividades y la mejora de su estado de ánimo. A pesar de esto, la paciente verbaliza haberse sentido un poco irritable.

En esta sesión se trabaja:

- La evitación de la comida: a pesar de la vuelta a casa y la recuperación de rutinas continúan yendo a comer a casa de sus padres y de las cenas se ocupa su marido. La paciente identifica que aunque podría hacer la comida, los olores le desagradan notablemente. Se identifica como la madre está facilitando el mantenimiento de esta conducta suponiendo así una ganancia para las dos. En el caso de la cena, el marido decide ocuparse de ello, aunque ella reconoce que a él no le agrada. Identificadas las condiciones que hacen más probables estas conductas, la paciente reconoce esta conducta de enfermedad y analiza y describe las consecuencias de que se siga manteniendo. Para facilitar su eliminación, se busca junto con la paciente alternativas para la realización de la comida y su viabilidad.
- Con respecto a la mejora de su estado de ánimo (no se encuentra triste) y la presencia de irritabilidad, se ayuda a la paciente a identificar la relación entre su estado de ánimo y el incremento de actividad. Puesto que para ella tiene valor “ser la de siempre”, la recuperación de actividades mejora su estado de ánimo, lo que a su vez facilita el mantenimiento/incremento de actividad. También, así, su entorno, se comporta conforme a ello, recuperando rutinas, recuperando “la normalidad”, lo que repercute favorablemente en ella. Por otro lado, se identifica que la dificultad en reconocer que hay que cosas de momento no pueden cambiarse y que causan limitaciones (ej. el brazo), puede generar su irritabilidad (ejemplos concretos en los que se siente irritable). Es necesario que la paciente identifique cuáles son las limitaciones y en qué contextos ocurren, para buscar posibles alternativas y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

#### SESIÓN 4 (previa a la administración del cuarto ciclo de quimioterapia)

En esta sesión la paciente no ha experimentado ningún síntoma, tan sólo la alteración de los sabores de la comida pero que no repercuten en su vida diaria.

Continúa notando ciertas limitaciones para la realización de movimientos concretos derivadas de los efectos de la cirugía.

En cuanto las tareas domésticas, en general, ella se encarga de todo, a excepción de aquellas tareas que suponen problemas para el brazo afectado.

En cuanto a las actividades de ocio y actividades gratificantes, se mantienen con normalidad.

Las relaciones familiares y de pareja continúan como en la sesión anterior.

La sensación de irritabilidad ha desaparecido, reconoce que cuando no puede hacer algo como lo hacía antes (situaciones concretas) le disgusta, pero trata aceptarlo, buscando alternativas que faciliten su mantenimiento de forma más fácil y eficaz.

No manifiesta pensamientos ni emociones de evitación, sabe lo que tiene y el hecho de ir recuperando su vida (actividades) le permite sentirse bien.

En esta sesión se trata de fortalecer el mantenimiento e incremento de actividades relevantes de la vida de la paciente, así como la aceptación y no luchar contra la enfermedad.

#### SESIÓN 5 (previa a la administración del quinto ciclo de quimioterapia)

En esta sesión aparecen diversos síntomas asociados al tratamiento de quimioterapia. Esto parece relacionarse con el cambio de medicación que supone, en general, más efectos secundarios o de más intensidad. Así, experimentó náuseas de intensidad fuerte durante la primera semana tras el tratamiento y vómitos y sensación de estómago revuelto moderado, pérdida de apetito y mucho cansancio. También experimentó dolor leve pero frecuente y úlceras en la nariz.

En cuanto la actividad doméstica pudo mantenerla con normalidad, excepto tres o cuatro días de la semana siguiente a la administración del tratamiento. La paciente identifica que estas alteraciones se debieron a los síntomas. La actividad que se vio más afectada fue la elaboración de la comida, debido a las náuseas y al malestar, lo que solucionó, ocupándose la madre de llevarle la comida. Una vez pasados estos días recuperó la actividad con normalidad. Se identifican por tanto limitaciones causadas por los síntomas, alternativas puestas en marcha y su eficacia.

Las actividades de ocio y gratificantes se mantuvieron con normalidad, aunque también se vieron afectadas en esa semana tras la administración del tratamiento.

Las relaciones familiares y de pareja permanecieron como en la sesión anterior. Todos estuvieron un poco más pendientes los días que estuvo con síntomas y el resto de días con normalidad.

En cuanto a pensamientos y emociones sobre la enfermedad y el tratamiento, reconoce que tiene ganas de acabar, pero no trata de controlar estos pensamientos, acepta la situación y comprende que aunque las cosas van bien el tratamiento causa algunas dificultades

#### SESIÓN 6 (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)

En esta sesión, presenta durante la semana siguiente al tratamiento: náuseas, vómitos y estómago revuelto moderados, y mucha pérdida de apetito y cansancio. Además, entre ciclos presentó dolor en la planta del pie de intensidad fuerte.

Excepto la primera semana tras la administración de la quimioterapia, no tuvo ninguna limitación para realizar sus actividades diarias, aunque los movimientos del brazo todavía se ven un poco obstaculizados por los efectos de la cirugía. La primera semana debido a los síntomas ocasionados por el tratamiento, fue la madre quien se encargó de las tareas domésticas y no salió de casa. El resto de días se ocupó de las tareas domésticas con normalidad.

La relación familiar, de pareja y amigos se mantuvo como en la sesión anterior.

En cuanto actividades gratificantes y de ocio se debilitaron los días que estuvo mal por los efectos del tratamiento pero el resto de días con normalidad

En cuanto emociones y pensamientos sobre la enfermedad y el tratamiento, con respecto al futuro no identifica, ni parece presentar evitación ni intentos de control. Con respecto a como se siente en el día a día, reconoce que cuando está sola, a veces piensa en la situación y está más baja de ánimo (se siente triste). En especial, la paciente identifica que esto ocurre los días de mayor sintomatología asociada al tratamiento. La paciente observa que esos días no puede realizar la actividad con normalidad (verbaliza: como a mí me gustaría) y que esto repercute en su estado de ánimo.

En esta sesión se trabaja para fortalecer las actividades relevantes e incrementar actividades gratificantes. Además, se vuelve a hacer hincapié en como es necesario aceptar las limitaciones que supone el tratamiento y como esto que no es agradable repercute en el estado de ánimo. Es necesario tener presente los efectos del tratamiento, cuando ocurren, en qué interfieren y buscar alternativas para lo que puede ser cambiado, de manera que las limitaciones, en la medida de lo posible, puedan ser superadas

#### SEGUIMIENTO 1 (a los 3 meses de finalizar el tratamiento)

La paciente no ha experimentado ningún síntoma desde el último ciclo.

En cuanto a limitaciones tan sólo experimenta algunas dificultades en movimientos concretos con el brazo derivadas de la cirugía, pero que no le impiden desarrollar su actividad diaria.

Así mantiene la actividad doméstica, actividades de ocio y actividades gratificantes

La relación familiar, de pareja y amistades están como antes de iniciar el tratamiento, la paciente no identifica ninguna alteración asociada a la enfermedad o al tratamiento.

No se identifican ni comportamientos de evitación, ni conductas de enfermedad.

Aunque manifiesta tener ciertas preocupaciones con respecto al futuro y con frecuencia se siente un poco irritable, no se observan ni pensamientos, ni emociones de evitación, ni tampoco estrategias de control. Ante estas preocupaciones e irritabilidad la paciente manifiesta que tal vez se deban a la incertidumbre respecto al hecho de acabar el tratamiento y no saber lo que va a pasar. Además está planificando la reconstrucción de la mama y esto también le genera preocupaciones. Se plantea como estas preocupaciones deben formar parte de la situación. Son preocupaciones y pensamientos sobre el futuro pero no son el futuro y por ello no pueden ser controladas. Se trata de que la paciente comprenda la diferencia entre tenerlos y que sean hechos, se trata por tanto de diferenciar el *yo como contexto* (yo permanente que contiene pensamientos, emociones, razones,..) y el *yo como contenido* (pensamientos, emociones, razones, valoraciones,...). Para facilitar su aceptación, es necesario tenerlos sin mas.



SEGUIMIENTO 2 (a los seis meses de finalizar el tratamiento)

Durante estos tres meses transcurridos desde el último seguimiento, el único síntoma experimentado ha sido fatiga moderada en algunas ocasiones.

No presenta limitaciones, y aunque raramente experimenta leves molestias en el brazo por la cirugía, éstas no le impiden realizar ningún tipo de movimiento.

Con respecto a la actividad laboral aunque manifiesta no tener ninguna limitación para realizarla, de momento no se plantea volver al trabajo. Identifica como condiciones que mantiene esto el hecho de estar pendiente de la reconstrucción del pecho y la preferencia a acabar y estar completamente recuperada. También reconoce que el entorno familiar contribuye a ello, animándola a no volver a trabajar (reconoce que la protegen). De momento esto no le preocupa y lo retomará cuando se haya operado.

En cuanto a la actividad doméstica, actividades de ocio y actividades gratificantes la paciente verbaliza mantenerlas como antes de la enfermedad.

En esta sesión tampoco se identifican ni comportamientos de evitación, ni conductas de enfermedad. No manifiesta tener preocupaciones y la irritabilidad ha desaparecido. Se trata de que la paciente identifique que condiciones hacen esto más probable, así mediante la comparación de situaciones actuales y pasadas manifiesta que el hecho de haber recuperado prácticamente el ritmo diario, así como el hecho de que su entorno se comporte conforme a ello, le hace sentirse bien.

SINTOMAS	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
APETITO FR	-	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APETITO INT	-	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DORMIR FR	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FATIGA FR	-	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
FATIGA INT	-	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
CANSANCIO FR	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANSANCIO INT	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR FR	-	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0
DOLOR INT	-	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre

Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

Resultados

ESTADO EMOCIONAL	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ANSIEDAD FR	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANSIEDAD INT	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEPRESIÓN FR	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEPRESIÓN INT	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IRRITABILIDAD FR	-	0	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0
IRRITABILIDAD INT	-	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HAD-A	8	5	3	3	2	2	6	3	3	4	1	5
HAD-D	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre

Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

HAD: 0-7 = no caso; 8-10 = caso dudoso; 11-21 = caso

VALORACIONES MÉDICAS GLOBALES	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5	S6
IK	90	90	90	90	90	90	90	-	-	-	-	-
CV	9					9						

IK: 0 (-) - 100 (+)

CV: 0 (-) - 10 (+)

CONDICIONES EXPERIMENTALES	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
CUIDADOS PERSONALES	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	N	N	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
OCIO	D	D	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
FAMILIAR	I	I	I	I	I	M	M	M	M	M	M	M	M
PAREJA	-	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
SEXUAL	-	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
AMISTAD	-	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
GRATIFICANTES	M	D	I	M	M	M	M	M	M	M	I	M	M
PENSAMIENTOS/ EMOCIONES EVITACIÓN		X											
CONDUCTAS ENFERMEDAD	-	X											
PATRONES DE EVITACIÓN	-	X											

S Sin Actividad

N No mantiene

D Debilita

M Mantiene

I Incrementa

X Presentes

SG Sin garantías

- Reconoce contingencias que fortalecen la actividad
- Reconoce contingencias que debilitan la actividad
- Reconoce contingencias que fortalecen y debilitan la actividad
- Identifica

#### **CASO 4**

C.A.G. es una mujer de 63 años viuda y madre de tres hijos de 37, 33 y 26 años. Éste último vive con ella. Es profesora de secundaria.

Le fue diagnosticado un carcinoma inflamatorio de mama, con un estadio III (T4NxM0) y un índice de Karnofsky, valorado por el médico de 90. No se le practicó cirugía previa a la administración de la quimioterapia intravenosa (Epidriamicina+Taxotere), la cual fue pautada en seis ciclos de tratamiento.

#### **SESIÓN 1 (previa a la administración del primer ciclo de quimioterapia)**

En el momento de la primera sesión, la paciente no presenta sintomatología asociada a la enfermedad y, por tanto, tampoco limitaciones derivadas de ella.

No mantiene su actividad laboral, puesto que en cuanto tuvo el diagnóstico su médico de familia le dio la baja laboral, sin ofrecerle la oportunidad de plantearse la adecuación o no de continuar trabajando. Con respecto a las actividades domésticas éstas se mantienen al nivel habitual, aunque ahora las puede realizar por la mañana.

Sus actividades de ocio tampoco se han visto afectadas por lo que continúa haciendo lo mismo (leer, escribir poesía, navegar por internet y pasear).

En cuanto a la relación familiar, sus hijos están bastante pendientes de ella desde que conocen el diagnóstico, por lo que se siente muy apoyada. No obstante, verbaliza que ellos continúan con sus rutinas, sin que la enfermedad haya supuesto alteraciones significativas en ellas.

Con respecto a como transcurren sus días ahora, la paciente comenta que apenas hay diferencias a cómo lo hacían antes. Tan sólo, no madruga tanto ya que no tiene que ir al Instituto. No obstante, reconoce que está un poco vacío sin sus clases, ya que para ella es de gran valor prepararlas e impartirlas.

Ante la enfermedad, la paciente verbaliza sentirse muy ansiosa y preocupada. Le preocupan los efectos de la quimioterapia y cómo éstos pueden repercutir en su vida. Además, siente miedo de lo que va a ocurrir en un futuro y si será capaz de afrontarlo. Le da miedo el dolor y la muerte.

En primer lugar, como en casos anteriores, se repasa con la paciente la información médica y se identifican posibles problemas e indagan soluciones y alternativas disponibles en el repertorio de la paciente. También en este caso se centran en situaciones relacionadas con pautas de alimentación y el aspecto físico (caída de pelo). Con respecto a la caída de pelo manifiesta que ésta le preocupa, y aunque no tiene muy claro que va a utilizar, tiene pañuelos en casa y ha pensado en mirar una peluca.

En cuanto a los cambios en la actividad diaria, especialmente en relación con la pérdida de la actividad laboral, se trata de que la paciente observe como la propia situación de enfermedad supone una condición que implica, por sí misma, el abandono o la disminución de actividades y responsabilidades de la vida (así, ella identifica que al menos hasta ese momento podría haber seguido trabajando). Se trata de una evitación, aunque esté mantenida por el entorno. Esto, puede suponer la pérdida de las gratificaciones diarias que pueden repercutir negativamente en su estado de ánimo. Se trata de que la paciente aprenda a reconocer las contingencias contextuales que están fortaleciendo o debilitando las conductas. Se busca que la paciente comprenda y trate de observar como la enfermedad y el tratamiento, van a conllevar, probablemente unos síntomas (ej. náuseas/vómitos) que podrán causar limitaciones, pero que también, pueden ser condiciones que impliquen el abandono de actividades relevantes, más allá de lo que sería justificable por los mismos.

Por ello, se orienta a la paciente en la búsqueda de alternativas al tiempo que antes empleaba en su trabajo, y que le permitan sentirse útil y capaz. Con la ayuda de la paciente se plantea la posibilidad de mantenerse vinculada al Instituto o las clases de algún modo. La paciente señala que, esto es difícil pero que tratará de buscar alternativas. Sugiere dar clases particulares (tiene amigas que en alguna ocasión le han pedido ayuda), u orientar al profesor sustituto.

En cuanto a pensamientos y emociones ante la enfermedad y el tratamiento puesto que la paciente verbaliza pensamientos y emociones relacionadas con el miedo a la muerte o al sufrimiento, en esta primera sesión se hace hincapié en no tratar de luchar contra la enfermedad. Se trata de que la paciente comprenda que esta situación, que es desagradable y que le preocupa, no afecte a otros ámbitos de la vida y le permita seguir interactuando con el mundo. Se trabaja la aceptación de pensamientos y emociones mediante el uso de metáforas, ejemplos, paradojas, etc.

## SESIÓN 2 (previa a la administración del segundo ciclo de quimioterapia)

Desde la sesión anterior, la paciente ha experimentado algunos síntomas asociados a la quimioterapia. En la semana posterior a la administración del tratamiento de quimioterapia y hasta el momento actual, la paciente refiere pérdida de apetito moderada. Además, se sintió bastante cansada algunos días y con dificultades para dormir a diario. También, algunos días, experimentó dolor moderado de cabeza. La paciente verbaliza que, a pesar de estos síntomas no tuvo limitaciones para desarrollar su actividad diaria.

Con respecto a la actividad laboral, esta continúa como en la sesión anterior.

Las actividades de ocio y actividades gratificantes, se han visto debilitadas. Se trata de que la paciente identifique las condiciones que han debilitado o facilitado la actividad. Así la paciente mediante ejemplos concretos de los días previos identifica que aunque los síntomas derivados de la quimioterapia, especialmente el dolor, han tenido influencia, reconoce la falta de ganas de hacer cosas. Así una vez que hace las tareas domésticas, prefiere tumbarse en el sofá. Se le pide a la paciente que observe en qué se traduce pasar la tarde tumbada en el sofá,

la paciente identifica que no le agrada (reitera sensación de inutilidad) pero se siente apática y desganada.

La relación familiar continúa igual y reconoce haber debilitado las relaciones de amistad como consecuencia de no salir de casa.

La paciente manifiesta con respecto a la enfermedad pensamientos o emociones de evitación. Reconoce sentirse a veces un poco triste y preocupada. Trata de no pensar en el futuro y en la enfermedad y se dice que en cuanto acabe el tratamiento todo irá mejor.

En esta sesión se trabaja:

- Ante la tristeza y ansiedad que ha experimentado, así como la sensación de inutilidad que le desagrada, se trabaja en qué momentos ocurren para que observe las condiciones implicadas. Mediante ejemplos concretos pudo observar como estos sentimientos/sensaciones coincidieron con la inactividad. Se insiste en como debido a la enfermedad y al tratamiento hay cosas que de momento no pueden cambiarse, pero que a su vez hay otras que no es necesario cambiar. Se pretende que la paciente observe como la enfermedad por si misma está suponiendo una excusa para el abandono o la disminución de actividades y responsabilidades de la vida. Así, por ejemplo, se trata de que la paciente observe e identifique que impide mantener sus actividades de ocio y gratificantes, y cómo podría repercutir mantenerlas e incluso iniciar otras de valor para ella (se retoma el tema de dar clases particulares) en su estado de ánimo. Se le propone que observe como puede esperar a que acabe el tratamiento para retomar su vida y las consecuencias de ello. De este modo puede valorar la pérdida de todo ese tiempo, y como en cambio puede decidir continuar viviendo ahora, aunque sea de otro modo. En definitiva, se persigue que la paciente se comprometa con aquellas cosas valiosas de su vida y que comprenda como este compromiso puede influir positivamente en su estado de ánimo. En la medida en que recupere actividad podrá sentirse más útil y se sentirá mejor con su vida.

- Ante las dificultades para dormir que plantea la paciente, se expone la posible relación entre su dificultad para dormir y cómo transcurren su día a día. Se persigue que la paciente identifique la relación entre los cambios de horario (madruga menos), la falta de actividad y la siesta, con el problema. De este modo, estas condiciones pueden estar facilitando el problema. La paciente así lo reconoce y se plantea hacer cambios al respecto, proponiendo no acostarse después de comer y tratar de ocuparse en alguna actividad relevante para ella.

- Como tarea para casa se le propone realizar un programa de actividad para las tardes, de manera que pueda establecer un compromiso con el terapeuta retomando actividades que puedan favorecer su descanso nocturno y a su vez repercutan positivamente en su estado de ánimo. La paciente se compromete a hacerlo y ponerlo en práctica. Queda pendiente su revisión para la siguiente sesión.

- Como en la sesión anterior, se trabaja la aceptación de pensamientos y emociones mediante el uso de metáforas, ejemplos, paradojas, etc.

### SESIÓN 3 (previa a la administración del tercer ciclo de quimioterapia)

En esta sesión, la paciente refiere haber experimentado náuseas y problemas de estómago moderados, repercutiendo en su apetito. También se ha encontrado bastante cansada algunos días y, algunos días, ha tenido dificultades para dormir.

La actividad laboral sigue como en sesiones anteriores. Se plantea a la paciente su recuperación cuando acabe el tratamiento. Sin embargo, ella no lo ve prioritario, puesto que ya tenía planificada la jubilación para el siguiente curso. Así, ahora reconoce que esta nueva situación facilita la toma de la decisión y supone que se jubilará tal y como tenía previsto.

El ocio, las actividades gratificantes y por consiguiente las relaciones de amistad continúan debilitadas.

Al revisar las tareas propuestas para casa: programación de la actividad por las tardes. La paciente reconoce haber realizado la programación pero que no lo ha cumplido siempre. La paciente expone el programa que ha realizado, qué ha cumplido y cuando. Se le pide a la paciente que trate de identificar las condiciones que facilitaron la recuperación de la actividad y aquellas que impidieron o debilitaron su realización. Mediante situaciones concretas, la paciente reconoce como algunos días los síntomas, especialmente el cansancio impidieron la realización del programa. Sin embargo también reconoce que la mayoría de las veces fue la desgana y el desánimo lo que le llevaron a no seguirlo. Se le pide que identifique en qué se traduce esa desgana y desánimo que plantea. Así, refiere pensamientos del tipo “para qué hacerlo”, “no valgo para nada”, “estoy enferma”, “no merece la pena”.

Además la paciente continua refiriendo tristeza y ansiedad, preocupación por la enfermedad y el futuro e intentos de controlarlos.

En esta sesión se reiteran los mismos puntos trabajados en la sesión anterior. La paciente reconoce la ineficacia de los intentos de control, así como los efectos positivos de mantener la actividad, no sólo en la calidad del sueño, sino también, en su estado de ánimo, en la sensación de eficacia. Sin embargo, identifica que la dificultad en reconocer que hay cosas que no pueden cambiarse implican que uno se sienta a disgusto y triste. Será necesario identificar, por un lado, las limitaciones y en qué contextos ocurren para buscar alternativas a lo que no puede ser cambiado y, por otro, aquellas situaciones en las que la enfermedad se utiliza como pretexto para abandonar la actividad.

### SESIÓN 4 (previa a la administración del cuarto ciclo de quimioterapia)

En esta sesión la paciente ha experimentado náuseas y problemas de estómago de mucha intensidad. Además, ha notado cansancio algunos días y de bastante intensidad. Estos síntomas han repercutido en su cuidado personal, especialmente en la semana tras la administración de la quimioterapia, ya que le obligaron a permanecer en la cama.

Continúa manteniendo las actividades domésticas. En cuanto a las actividades de ocio siguen debilitadas, puesto que estas se relacionaban con salir de casa y apenas lo ha hecho, lo

que a su vez ha repercutido nuevamente en las relaciones de amistad. En cambio, si que ha recuperado actividades gratificantes. Mediante la programación de actividades ha logrado cumplir su compromiso de ocupar la tarde en actividades de valor para ella. Se trata de que la paciente observe las condiciones que facilitan retomar actividades y como se siente tras realizarlas. Además se indaga en como esto ha supuesto la mejora del descanso nocturno. Se trata de que este incremento de actividad se mantenga en el tiempo.

En cuanto al estado emocional la paciente reconoce que los días que se encuentra peor son los día que más triste y ansiosa se siente. A pesar de reconocer la ineficacia de los intentos de control, la paciente continúa manifestándolos.

En esta sesión se trata de fortalecer el mantenimiento e incremento de actividades relevantes de la vida de la paciente y se reitera la aceptación de pensamientos y emociones

#### SESIÓN 5 (previa a la administración del quinto ciclo de quimioterapia)

En esta sesión la paciente vuelve a presentar síntomas gastrointestinales de mucha intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia. Además, la pérdida de apetito se mantiene, a diario y con alta intensidad. Manifiesta dificultades para dormir de alta frecuencia y dolor moderado. Se indagan las condiciones implicadas en las dificultades para dormir que han reaparecido en esta sesión. La paciente reconoce que se han debido a los dolores articulares que ha experimentado y que le han dificultado conciliar el sueño.

Reconoce que en esta sesión a pesar de que ha salido más, continúa debilitando sus cuidados personales, no en relación a su aseo sino a su apariencia en el sentido de que se arregla menos de lo que lo hacía antes (ej. maquillaje). La paciente reconoce que el hecho de no ir al instituto, especialmente, supone una condición que debilita esta conducta. Se indaga en la repercusión que esto puede suponer en su estado de ánimo y en la importancia de retomar este aspecto del cuidado si es valioso para ella.

En cuanto al resto de actividades ha mantenido todos los ámbitos excepto el laboral que continúa igual que en sesiones anteriores. Así, en esta sesión ha recuperado el ocio y las relaciones de amistad, de manera que ha salido con sus amigas a pasear, al cine y al teatro. Se indaga en las condiciones implicadas en la recuperación de estas actividades y en la repercusión emocional que han supuesto. La paciente reconoce que aunque inicialmente no tenía muchas ganas de salir con ellas, debido a una fecha especial (cumpleaños) se obligó a salir. Además reconoce que se sintió tan bien (“como ella era antes”) que le sirvió para iniciar sus salidas con ellas de nuevo.

En cuanto a pensamientos y emociones sobre la enfermedad y el tratamiento, reconoce la evitación y los intentos de control pero continúa manifestándolos.

En esta sesión, como en la anterior, se trata de fortalecer el mantenimiento e incremento de actividades relevantes de la vida de la paciente. Se trabaja, para que la paciente observe y reconozca como recuperar su vida la hace sentirse capaz y más animada, favoreciendo a su vez la recuperación de actividades.

Nuevamente, se reitera la aceptación de pensamientos y emociones.

#### SESIÓN 6 (previa a la administración del último ciclo de quimioterapia)

En esta sesión, continúa manifestando síntomas gastrointestinales en la semana posterior a la administración de la quimioterapia que además califica de mucha intensidad. Estos síntomas se prolongan en el periodo entre ciclos y repercuten en su apetito. También ha experimentado, a diario, cansancio intenso y dificultad para dormir. Continúa experimentando dolor algunos días y de intensidad moderada.

La paciente señala como también en esta ocasión las dificultades para dormir se relacionan con el resto de síntomas experimentados. Asimismo, identifica que estos síntomas han repercutido en todas sus áreas de funcionamiento, de manera que se han visto debilitadas necesitando pasar mucho tiempo en la cama o en el sofá. Todo ello ha supuesto un estado de ánimo negativo, refiriendo tristeza y angustia.

Por todo ello, en esta sesión, se hace hincapié en como la enfermedad y, en concreto, los efectos secundarios de la quimioterapia pueden suponer limitaciones desagradables que repercuten en el estado de ánimo. Se insiste en la necesidad de tener presente los efectos del tratamiento, cuando ocurren, en qué interfieren y tratar de aceptar lo que no puede cambiarse y buscar alternativas para lo que puede ser cambiado, de manera que las limitaciones puedan ser superadas en próximas ocasiones. Si no, habrán de ser aceptadas y tratar de vivir con ellas, hasta que se reduzcan o, tal y como es esperable, desaparezcan.

Ante la presencia de pensamientos y emociones de evitación en relación a la enfermedad y tratamiento como en sesiones anteriores, se reitera la aceptación de los mismos.

Puesto que se trata del último ciclo de quimioterapia, se retoma la cuestión de la actividad laboral, ya que se trataba de una actividad relevante para ella. La paciente esta vez aunque vuelve a hacer alusión a su intención de jubilarse, reconoce que no se siente capaz de enfrentarse a sus compañeros y alumnos. Siente miedo de no estar a la altura, de no ser ella misma. Se identifica y la paciente reconoce como hasta ahora ha estado utilizando la enfermedad para autoconvencerse de la adecuación de jubilarse.

La paciente reconoce que le encantaría volver a trabajar, pero tiene miedo a fracasar.

Se trabaja con la paciente la diferencia entre el *yo como contexto* y el *yo como contenido*. Así, la paciente tiene que darse cuenta de que esos pensamientos aunque sean desagradables, son pensamientos que ella tiene y no hechos que necesariamente vayan a ocurrir. Se trata de que los tenga sin más para facilitar su aceptación y no supongan un obstáculo para enfrentarse a su vida. Para favorecer este proceso se emplean metáforas, ejemplos, paradojas...



SEGUIMIENTO 1 (a los 3 meses de finalizar el tratamiento)

La paciente ha experimentado diversa sintomatología desde la administración de la quimioterapia (síntomas gastrointestinales, dificultad para dormir, fatiga cansancio y dolor). En general, estos síntomas han ido remitiendo lo que le ha permitido ir recuperando las actividades que había debilitado en la sesión anterior. No obstante continúa debilitadas en algún grado.

Con respecto a la situación laboral, continúa similar a la sesión anterior. Además se mantiene la presencia de pensamientos y emociones de evitación con respecto a la enfermedad y tratamiento. La paciente reconoce e identifica la importancia de la aceptación y su repercusión favorable en su estado de ánimo. Sin embargo, expone como en cuanto sale de la consulta y se pone frente a su vida es incapaz de aceptar y continuar. Se empeña en la lucha contra la enfermedad y contra sus miedos, a pesar de reconocer su ineficacia.

Todo ello ha supuesto el mismo trabajo que en sesiones anteriores.

SEGUIMIENTO 2 (a los seis meses de finalizar el tratamiento)

Durante estos tres meses transcurridos desde el último seguimiento, ha continuado experimentando diversos síntomas aunque continúan remitiendo en intensidad. Esto le ha permitido recuperar completamente las actividades domésticas aunque continúa debilitadas las de ocio y las gratificantes. Con respecto al trabajo realizado en la sesión anterior en relación a la evitación éste no ha resultado útil para la paciente. Así, se mantiene la presencia de pensamientos y emociones de evitación con respecto a la enfermedad y tratamiento y la situación laboral. Se ha reiterado en la aceptación y la paciente, una vez más, reconoce e identifica la importancia de la misma y su repercusión favorable en su estado de ánimo. No obstante, continúa planteando dificultades para lograrla.

SINTOMAS	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5
APETITO FR	-	2	2	0	4	3	3	4	0	0	0
APETITO INT	-	1	2	0	3	3	2	1	0	0	0
DORMIR FR	-	4	2	0	3	4	1	4	4	0	0
FATIGA FR	-	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
FATIGA INT	-	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
CANSANCIO FR	-	2	2	2	0	4	2	2	4	2	2
CANSANCIO INT	-	1	3	3	0	4	2	2	2	1	2
DOLOR FR	-	2	0	0	2	2	2	4	2	3	3
DOLOR INT	-	2	0	0	2	2	2	1	2	2	2

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre  
 Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

Resultados

ESTADO EMOCIONAL	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5
ANSIEDAD FR	-	2	2	2	4	3	2	2	2	3	2
ANSIEDAD INT	-	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
DEPRESIÓN FR	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
DEPRESIÓN INT	-	2	2	1	1	2	1	1	2	2	0
IRRITABILIDAD FR	-	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0
IRRITABILIDAD INT	-	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
HAD-A	13	8	14	13	16	17	13	9	13	13	10
HAD-D	9	6	10	11	9	11	11	6	9	8	7

Frecuencia: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre

Intensidad: 0 = nada; 1 = poco; 2 = moderado; 3 = bastante; 4 = mucho

HAD: 0-7= no caso; 8-10= caso dudoso; 11-21= caso

VALORACIONES MÉDICAS GLOBALES	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5
IK	90	90	90	90	90	90	-	-	-	-	-
CV	9					9					

IK: 0 (-) - 100 (+)

CV: 0 (-) - 10 (+)

CONDICIONES EXPERIMENTALES	1º	2º	3º	4º	5º	FIN	S1	S2	S3	S4	S5
LABORAL	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
CUIDADOS PERSONALES	-	M	M	D	D	D	M	M	M	M	M
DOMÉSTICA	M	M	M	M	M	D	D	M	D	M	M
OCIO	M	D	D	D	M	D	D	D	D	R	I
FAMILIAR	I	M	M	M	M	M	M	I	M	M	M
PAREJA	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
SEXUAL	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
AMISTAD	-	D	D	D	M	M	D	M	M	M	M
GRATIFICANTES	D	D	D	M	M	D	D	D	D	R	I
PENSAMIENTOS/ EMOCIONES EVITACIÓN		X	X	X	X	X	X	X	X	X	SG
CONDUCTAS ENFERMEDAD	-										SG
PATRONES DE EVITACIÓN	-	SG				X	X	X	X		SG

S Sin Actividad

N No mantiene

D Debilita

M Mantiene

I Incrementa

X Presentes

SG Sin garantías

■ Reconoce contingencias que fortalecen la actividad

■ Reconoce contingencias que debilitan la actividad

■ Reconoce contingencias que fortalecen y debilitan la actividad

■ Identifica

## *CONCLUSIONES*

En función de los objetivos de cada caso, mediante el análisis funcional de la conducta y el manejo de contingencias, los pacientes aprendieron a observar su conducta en los contextos en que se mantiene, siendo capaces de identificar, por si mismos o con ayuda del terapeuta, las contingencias privadas/ públicas que hicieron más o menos probable la conducta.

Los pacientes fueron capaces de identificar los síntomas asociados a la enfermedad y/o tratamiento y, cómo estos podían interferir en distintos ámbitos de su vida cotidiana causando distintas limitaciones. De este modo, y mediante la descripción de situaciones concretas de su día, pudieron observar cómo estas limitaciones no siempre fueron responsables del abandono de las actividades relevantes y gratificantes. Si no que, en ocasiones, el establecimiento de patrones, pensamientos/emociones de evitación y la presencia de conductas de enfermedad, muchas veces facilitadas y/o mantenidas por el entorno médico y social, facilitaron estas pérdidas.

En el caso 1, mediante la asignación gradual de tareas y la programación de actividades, el paciente fue recuperando a partir de la primera sesión las actividades con valor para él. Además, a ello contribuyó, por un lado, la eliminación de conductas de enfermedad facilitadas y mantenidas por su entorno y, por otro, la mejora de su estado físico. También, se pudo observar la relación entre la recuperación de actividades y sus sentimientos, dicha recuperación no sólo mejoró su estado de ánimo, reduciendo su irritabilidad. Esto, sino que también contribuyó a que su entorno debilitara la atención que dispensaba a las conductas de enfermedad hacia el sujeto, con la consiguiente reducción de las mismas.

Buscando el desenganche del paciente de sus pensamientos /emociones, se logró que éste debilitara los intentos de control de sus pensamientos sobre el futuro, y que fuera capaz de reconocer y aceptar los aspectos asociados a la enfermedad o tratamiento con quimioterapia que no podían ser cambiados. Así, en el seguimiento el paciente reconoció las preocupaciones asociadas a la enfermedad, aceptándolas sin mas, sin presentar intentos de control.

En el caso 2, mediante la construcción de una jerarquía de actividades valiosas y la asignación gradual de tareas, el paciente también fue recuperando, a partir de la primera sesión, las actividades con valor para él, a pesar, del incremento de síntomas físicos asociados a la enfermedad y tratamiento de quimioterapia. El paciente pudo observar la relación entre la recuperación de actividades y su estado emocional, de manera que activarse y recuperar sus rutinas tuvo una repercusión favorable en sus emociones, expresando una menor sensación de inutilidad y una menor percepción de enfermedad. Además, el paciente manifestó que la búsqueda y puesta en marcha de sus propias alternativas para realizar las actividades de forma exitosa facilitó el incremento de actividad, contribuyendo a un mejor estado de ánimo y a una mayor sensación de autonomía y autoeficacia.

Ante la presencia de ansiedad y preocupación por la enfermedad y el futuro, se trató desde la primera sesión que el paciente aprendiera a identificar sus pensamientos/emociones en los contextos que ocurrieron. Además, para facilitar el reconocimiento y la aceptación de cómo algunos aspectos asociados a la enfermedad y/o tratamiento no podían ser cambiados ni controlados, se emplearon diferentes metáforas, ejemplos y/o símiles. Aunque ya desde el inicio, el paciente no manifestó intentos de control, ante la reiterada presencia de dichos pensamientos y preocupaciones, se trabajó este aspecto en todas las sesiones, con el objetivo de prevenir la aparición de estrategias de control ineficaces.

Por otro lado, mediante el análisis funcional de la conducta, el paciente pudo identificar y reconocer la ausencia de conductas de enfermedad y evitación, indagándose y analizándose posibles circunstancias y situaciones concretas susceptibles de serlo.

Tanto en el caso 1 como en el caso 2 se observa en las puntuaciones obtenidas en el HAD que, aunque en ningún momento se obtienen puntuaciones que indiquen síntomas de ansiedad o depresión (puntuaciones de 11 a 21), se produce una reducción de los valores, especialmente en la tercera sesión. Esto podría constatar la mejora emocional expresada por los pacientes y observada mediante la entrevista clínica.

En el caso 1, resulta difícil desligar los efectos del tratamiento oncológico de los efectos la recuperación de actividades relevantes y gratificantes, en la mejora del estado del paciente. Esto es así, que incluso como se puede observar en el IK, el médico otorga una valoración similar en todas las sesiones (90) y, sin embargo, al valorar la calidad de vida del paciente se aprecia un incremento de la primera visita (8) a la cuarta sesión (10), reconociendo una mejora importante del estado del paciente. Además, el paciente reconoció que tanto la mejora de su estado físico como la recuperación de actividades fueron aspectos valiosos para él, que repercutieron positivamente en su estado emocional. No obstante, los resultados del caso 2, donde el paciente experimenta el incremento de síntomas, a la par que incrementa su actividad y mejora su estado de ánimo, podría dar cuenta de la adecuación de la intervención psicológica. No obstante, en este caso el IK y CV del médico se mantienen estables.

En el caso 3, a pesar de que la paciente presentaba un importante abandono de actividades desde el inicio, se logró la casi total recuperación de las mismas. Este cambio se constata a partir de la segunda sesión. Para ello, se llevó a cabo la programación de actividades, con el objetivo de facilitar la recuperación de las mismas. Además, ante la presencia de conductas de enfermedad y/o evitación, se trabajó con la paciente el manejo de contingencias, logrando que fuera capaz de reconocerlas e identificando las condiciones que las estaban facilitando y/o manteniendo, con su consiguiente eliminación. También, en la medida en que su entorno estaba facilitando y manteniendo algunas de ellas, se propuso un contrato, sin formato estándar, para facilitar su eliminación. Todo ello, favoreció la recuperación de sus rutinas, responsabilidades y gratificaciones diarias, siendo capaz de identificar como esto repercutió positivamente en su estado de ánimo. También, se logró que aceptara las dificultades derivadas de la enfermedad, reconociendo sus limitaciones, facilitando la búsqueda de alternativas, evitando así el abandono de actividad. Además, mediante metáforas, ejemplos, etc., se facilitó la aceptación de pensamientos y preocupaciones relacionadas con la enfermedad, de manera que la paciente logró que sus

preocupaciones sobre el futuro formaran parte del proceso, diferenciando entre sus pensamientos y los hechos, permitiéndole que no interfirieran en el desempeño de su vida diaria.

En el caso 4, al inicio, la paciente sólo presenta la pérdida de la actividad laboral, a pesar de los cambios en su rutina diaria. No obstante, la ausencia de esta actividad supone una pérdida importante, puesto que la paciente identifica su vida laboral como la actividad de más valor para ella.

A medida que avanzan las sesiones, se observa el incremento de sintomatología asociada a la toxicidad de la quimioterapia y un peor estado de ánimo (las puntuaciones en el HADS indican ansiedad y depresión clínica), ambas cosas parecen repercutir en el debilitamiento del resto de ámbitos de la vida de la paciente. Así, mediante el análisis funcional de la conducta, la paciente observa que aunque las limitaciones derivadas de los síntomas físicos pueden afectar en sus rutinas, su estado de ánimo también influye (apatía, tristeza,...) negativamente en su nivel de actividad. Mediante el manejo de contingencias y el uso de metáforas, se logra que la paciente se comprometa a actuar conforme a lo que es importante para ella y no conforme a cómo se siente, para seguir en contacto con sus gratificaciones diarias, lo que probablemente va a suponer la mejora en su estado de ánimo. Así, mediante la programación de actividades, se logra un compromiso activo de la paciente, poniendo en marcha actividades valiosas y facilitando situaciones en las que observar dicha relación. Con ello, la paciente refiere la reducción de su malestar emocional.

A pesar de estos logros, y, aunque la paciente fue capaz de identificar pensamientos y emociones de evitación en relación a la enfermedad y, de reconocer sus consecuencias, estos se mantuvieron hasta el final de las sesiones y los seguimientos. El uso de las técnicas para facilitar la aceptación y eliminar los intentos de control no mostraron resultados favorables.

Parece que con la intervención, todos los pacientes, en general, lograron el compromiso de actuar en la dirección de las cosas valiosas en su vida, recuperándolas, al menos en parte, y reconociendo cómo esto repercutía favorablemente en su estado de ánimo.

Aunque, en general, los objetivos iniciales del procedimiento de intervención se desarrollaron de forma adecuada logrando resultados positivos para los pacientes, se hallaron algunas dificultades. Estas dificultades se derivaron fundamentalmente de la escasa adhesión a la realización de autoregistros, lo que entorpeció en distintas ocasiones la descripción de conductas y la identificación de condiciones que podían estar facilitando, manteniendo y debilitando conductas. También el incumplimiento de tareas para casa, en algunos momentos de la intervención, en relación a jerarquías de actividad, programación de actividades y contratos, contribuyó a ello.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta cómo el estado físico de los pacientes de cáncer de pulmón, especialmente derivado de la enfermedad y, el de las pacientes de cáncer de mama (especialmente en el caso 4), derivado de la toxicidad de la quimioterapia, puede mediar la relación estado emocional-recuperación de actividad, de manera que suponga una dificultad añadida a la consecución de algunos de los objetivos de la intervención,

especialmente en relación a la recuperación/mantenimiento/incremento de actividades relevantes de la vida del paciente.

Por tanto, aunque el procedimiento se mostró adecuado, en concreto en relación a la recuperación/incremento de actividades, se ve más comprometido en otros aspectos especialmente aquellos relacionados con la aceptación de la situación de enfermedad.

Sería necesario replantear el diseño del protocolo de intervención con el fin de determinar su idoneidad en función de las características de los pacientes, teniendo presente su condición de enfermedad (síntomas, efectos secundarios de los tratamientos oncológicos y sus limitaciones, etc.) y el papel que juega el entorno social y sanitario en ella, y las características propias de la intervención en relación a posibles carencias en cuanto a número de sesiones, periodicidad, duración, etc.

## 9. DISCUSIÓN

---

Este trabajo ha tenido como objetivo analizar la eficacia de una intervención psicológica basada en la AC en pacientes oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia, para la promoción de la calidad de vida, el ajuste emocional y mantenimiento de la funcionalidad cotidiana.

En las últimas décadas, la calidad de vida del paciente oncológico ha cobrado una gran importancia. Se ha generado un amplio campo de investigación con innumerables datos, en relación a la problemática asociada a la enfermedad y el tratamiento (alteraciones fisiológicas, emocionales y/o comportamentales) que puede experimentar el paciente oncológico. Estos problemas, pueden ponerse en relación con las propias dificultades derivadas de la enfermedad y/o tratamiento (síntomas, estado físico, efectos secundarios del tratamiento, etc.), pero también, por el modo en que el contexto médico y social entienden y afrontan la condición de enfermedad. Así, el paciente puede verse avocado a toda una serie de abandonos de actividades de su vida y delegación de responsabilidades, que serán asumidas por las personas de su entorno (médico y/o otros profesionales de la salud, familia, amigos...), con el objetivo de que el paciente pueda concentrarse en su recuperación. Esto, puede suponer la pérdida de gratificaciones y actividades relevantes de la vida cotidiana, lo que puede traducirse en un peor estado de ánimo (tristeza, inutilidad, depresión, irritabilidad...) en el paciente (Fernández, Villoria et al., 2011).

La literatura ha puesto de manifiesto el papel que la intervención psicológica desempeña en el afrontamiento de distintos aspectos de la enfermedad y tratamiento y, en general, en la calidad de vida del paciente oncológico (Barsevick et al., 2002; Blake-Mortimer et al., 1999; Cwikel y Behar, 1999; Devine y Westlake, 1995; Fawcy, 1999; Font, 2009, Capítulo 2; Fors et al., 2011; Ibañez y Soriano, 2008; Moyer et al., 2009; Newell et al., 2002; Redd et al., 2001; Ross et al., 2002; Rueda, Solá, Pascual y Subirana Casacubierna, 2011). A pesar, de que estas intervenciones parecen mostrar efectos positivos, tal como indican diferentes trabajos (Ibañez y Soriano, 2008; Lepore y Coyne, 2006), no están exentas de limitaciones metodológicas importantes que obligan a tomar con precaución sus conclusiones. Además, en general, el objetivo de la intervención, mediante protocolos de tratamientos estandarizados, se ha centrado en numerosas y complejas conductas con funcionalidades diferentes, atendiendo más a las topografías que a la función que desempeñan, con lo que las condiciones que las controlan son distintas. Esto, unido a las dificultades de acceso a la muestra y de lograr un número amplio y heterogéneo de participantes, hace difícil la comparación objetiva de los resultados proporcionados por los estudios.

Ante este panorama, parece que las intervenciones con diseño N=1 podrían superar los problemas anteriormente expuestos. Así, atendiendo a las conductas del sujeto en los contextos en que ocurren, se podría potenciar el análisis funcional de las mismas, identificando las condiciones que determinan el problema del sujeto. De este modo, se podría orientar y ajustar la intervención psicológica a las necesidades y objetivos relevantes para la persona. Si esta intervención se demuestra eficaz podrían diseñarse intervenciones orientadas

a la función que un comportamiento determinado cumple en el mantenimiento de los problemas.

Partiendo de lo anterior, se diseñó una intervención conforme al procedimiento de la Terapia de Activación Conductual (Hopko et al., 2011; Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003; Jacobson et al., 2001; Lejuez et al., 2002, Lejuez et al., 2001). Aunque son pocos los antecedentes de esta terapia en muestras oncológicas, los resultados obtenidos por los trabajos parecen apoyar su utilización en pacientes con cáncer y depresión (Hopko et al., 2005; Hopko et al., 2008; Hopko, Lejuez, Ruggiero et al., 2003). Sin embargo, no se conocen otros trabajos que empleen pacientes oncológicos de reciente diagnóstico bajo tratamiento con quimioterapia. Por ello, para analizar su adecuación se inició en el año 2007 la selección consecutiva de todos los pacientes con cáncer de mama y pulmón que acudieron por primera vez a la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias) independientemente del estadio inicial de la enfermedad, siempre y cuando el tratamiento oncológico a seguir fuera la quimioterapia. Los pacientes, que una vez informados de los objetivos y procedimiento del estudio dieron su consentimiento, se asignaron de forma aleatoria a un grupo control y a un grupo experimental.

La intervención se organizó coincidiendo con los ciclos de quimioterapia y ajustándose por tanto, a los momentos caracterizados por dificultades específicas en relación al tratamiento. Además, se realizaron seguimientos a los tres y seis meses de finalizar el tratamiento, que continuaron semestralmente con aquellos pacientes que permanecieron en el estudio. En el Grupo Control, se evaluó la calidad de vida y los efectos psico-sociales de la enfermedad y tratamiento, sin ofrecer nunca asesoramiento ni tratamiento psicológico. En el Grupo Experimental, además, de la obtención de información similar a la del grupo control, la intervención se centró en el análisis funcional de la conducta del paciente y fuentes de reforzamiento con los objetivos de fomentar comportamientos reforzados naturalmente, modificar el ambiente y reconocer estrategias de afrontamiento ineficaces. Se trataría, de mantener las conductas relevantes de la vida del paciente, incrementar sus actividades gratificantes, eliminar conductas de enfermedad aprendidas y modificar el patrón de evitación experiencial.

Al efecto de garantizar la representatividad clínica y sociodemográfica de los pacientes de la muestra, el tamaño estimado inicialmente fue de unos 200 pacientes. Esta estimación fue hecha sobre la base de la expectativa, basada en estudios previos (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004; Villoria et al., 2008). Finalmente la muestra estuvo compuesta por 158 pacientes, de los cuales ha habido una importante pérdida de pacientes a lo largo del tratamiento y los seguimientos. Las peculiaridades de la muestra de estudio, en relación a fallecimientos o abandonos por la progresión de la enfermedad, los abandonos voluntarios, por otro lado esperables en cualquier investigación y, el propio ritmo asistencial del servicio, han sido los principales motivos de ello. No obstante, los datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes permiten considerar que son representativos de las poblaciones oncológicas de las que se extraen (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004; Villoria et al., 2008). A pesar, de todo ello es necesario tener en cuenta que aunque el tamaño inicial de los grupos sería suficiente para



garantizar un adecuado control estadístico de los datos, la pérdida de muestra a lo largo del tiempo obliga a ser cautos en los resultados hallados.

El uso de dos poblaciones oncológicas, cáncer de mama y cáncer de pulmón, se basó en sus diferencias, en relación a sus características clínicas y sociodemográficas entendiéndose que éstas pueden mediar en la manera en que la enfermedad y su tratamiento pueden comprometer su vida cotidiana. En concreto, estas diferencias se observan en las siguientes áreas: a) Pronósticos: El cáncer de pulmón suele detectarse en estadios avanzados, tiene menores opciones de curación y los tratamientos, con frecuencia, son de carácter paliativo. En cambio, en la mayoría de los casos de cáncer de mama, la detección es precoz, se realiza en estadios iniciales y se emplea cirugía como primera opción terapéutica, a la que se añaden otros tratamientos complementarios (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia). (b) Síntomas. El paciente con cáncer de pulmón cuando es diagnosticado presenta generalmente cierto deterioro físico y toda una serie de síntomas (cansancio, fatiga, tos, pérdida de peso, dolor...) que limitan la vida diaria. En el caso de los pacientes con tumor de mama apenas hay sintomatología previa a la cirugía, siendo precisamente los efectos de la misma (dolor, linfedema, cambios en la imagen corporal, etc.) la causa de sus principales limitaciones, aunque, con el tiempo, la recuperación suele ser buena. (c) Efectos del tratamiento de quimioterapia. Por lo general, los pacientes con cáncer de mama presentan tratamientos más largos (seis ciclos frente a los cuatro ciclos administrados a los pacientes con cáncer de pulmón del estudio) que se asocian a mayores efectos gastrointestinales (náuseas, vómitos, revoltura de estómago) y caída de pelo. Se diría, que en relación a los síntomas, para las pacientes con cáncer de mama, la quimioterapia añade, al menos temporalmente, síntomas donde antes no los había; mientras que en el caso de los enfermos cáncer de pulmón, suele provocar una mejoría inicial; (d) Peculiaridades sociodemográficas. Los roles que caracterizan estas dos poblaciones entrañan demandas distintas de su entorno en relación al mantenimiento de sus responsabilidades y actividades cotidianas. Los pacientes con cáncer de pulmón suelen ser hombres, de mediana edad y en situación de jubilación. Los pacientes con cáncer de mama suelen ser mujeres, más jóvenes, amas de casa y con cargas familiares.

La muestra de cáncer de pulmón estuvo compuesta por 90 pacientes, 40 pacientes en el Grupo Control y 50 en el Grupo Experimental. En relación a la representatividad sociodemográfica de la muestra, su edad media ( $M=61.98$ ,  $DT=9.06$ ;  $M_n=43$  y  $M_x=78$ ) se asemeja a las cifras proporcionadas por los estudios epidemiológicos de la población general ( $M=67-69$ ). Con respecto al sexo, se observa que está presente mayoritariamente en los hombres (73 hombres =81,1%; 17 mujeres= 18,9%), lo cual también se halla en consonancia con los datos epidemiológicos (Por ejemplo, en Asturias, supone en el hombre 2519 casos y en la mujer 377). Con respecto a las características clínicas, en cuanto al tipo de tumor se observa cómo un 72,22% de los pacientes es diagnosticado de carcinoma no microcítico, que supone el 80% de los cánceres de pulmón en la población general. Además, dentro de éste, los subtipos adenocarcinoma y epidermoide son los más frecuentes en el mundo occidental, lo que también se observa en la muestra de estudio (adenocarcinoma= 30%; epidermoide= 37.8%). En cuanto al estadio, se observa como la mayoría de los pacientes, en el momento del diagnóstico se hallan en estadios avanzados, ajustándose a lo observado en la población general.

La muestra de cáncer de mama estuvo compuesta por 68 pacientes, 35 pacientes en el Grupo Control y 33 en el Grupo Experimental. En relación a la representatividad sociodemográfica de la muestra, su edad media y rango ( $M=54.07$ ;  $DT= 12.27$ ;  $M_n=31$  y  $M_x=79$ ), así como, el sexo (67 mujeres= 98.5%; 1 hombre =1.5%) parecen reflejar lo que ocurre en la población general. Así, tal como indican los datos epidemiológicos, la incidencia del cáncer de mama aumenta a partir de los 30 años, alcanzando el máximo en torno a los 55-65 años, en los que se estabiliza para incrementarse de nuevo a partir de los 60 años. Por otro lado, el cáncer de mama en los hombres representa menos del 1%. Con respecto a las características clínicas, en cuanto al tipo de tumor se observa como el total de la muestra es diagnosticada de carcinoma, que supone el tipo de tumor más frecuente en la población general. Además, dentro de éste, más del 90% son diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante que representa el 75% del total de carcinomas invasivos en la población general. En cuanto al estadio, se observa como la mayoría de las pacientes, en el momento del diagnóstico se hallan en estadios precoces, menos del 5% presenta metástasis a distancia (en la población general suponen aproximadamente un 10%).

A la luz de estos datos parece que la muestra de estudio es representativa de la población general en relación a sus principales características clínicas y sociodemográficas. No obstante, aunque esto permitiría la generalización de los resultados, sería necesario indagar en otros aspectos (estatus socioeconómico, estado civil, etc.) que pudieran mediar en los resultados. Por otro lado, tampoco se puede perder de vista que la pérdida de pacientes a lo largo de las sesiones puede limitar de forma importante la capacidad de generalización de los resultados.

Por último, señalar como las características clínicas y sociodemográficas de ambos grupos (GC/GE) representan las características de la muestra total, y ambos resultan equivalentes en las variables analizadas (sociodemográficas, clínicas, valoraciones globales de calidad de vida realizadas por el paciente y el médico y puntuaciones en las subescalas del HAD y del QLQ-C30 y módulos específicos) antes de la aplicación de la intervención psicológica, lo que permite evaluar los efectos de la misma. A pesar de ello, se exige cautela en la valoración de los resultados obtenidos, ante la presencia limitaciones en relación a la pérdida de muestra, características de la muestra, del procedimiento, de las variables, etc., que serán abordadas con detalle más adelante.

*A continuación se discute en relación a la eficacia de la intervención en los pacientes con cáncer de pulmón y seguidamente en los pacientes con cáncer de mama:*

Con respecto a las valoraciones globales de calidad de vida, el Estado General y el Estado de Salud percibidos por el paciente, en ambos grupos, son más favorables a medida que avanza el tratamiento oncológico. Esto podría explicarse, por un posible beneficio inicial derivado de la quimioterapia, en relación a la mejora de algunos síntomas asociados a la enfermedad (tos, dolor, disnea, pérdida de apetito, etc.). Y, también, por la posible sensación de control sobre la enfermedad al iniciar un tratamiento para combatirla o la adaptación a la rutina y los efectos del tratamiento, tal y como señalan algunos estudios (Jacobsen et al., 1993; Kaptein et al., 2010; Trask, Paterson, Fardig et al., 2003) podría influir de forma positiva en el estado de ánimo repercutiendo del mismo modo en la percepción de la calidad de vida del paciente. Paralelamente a esta mejoría de ambos grupos, se observa como el GE presenta valoraciones de su estado general significativamente más altas y parece valorar mejor su estado de salud con el paso del tiempo. Estas diferencias, puesto que ambos grupos son equivalentes en tratamientos y estado clínico, podrían atribuirse al potencial efecto positivo que en el GE pueda estar teniendo la intervención psicológica. Así, los cambios comportamentales provocados en estos pacientes podrían suponer la recuperación o mantenimiento de gratificaciones diarias, mediando en que las valoraciones de calidad de vida sean más favorables.

En los seguimientos, ambos grupos, parecen empeorar en ambas valoraciones.

El progresivo deterioro físico que experimentan, en general, los pacientes de cáncer de pulmón, como consecuencia del avance de la enfermedad, así como por la toxicidad acumulada de la quimioterapia podría explicar este empeoramiento. A su vez, esto podría estar poniendo de manifiesto el limitado efecto de la intervención psicológica, que ya no estaría presente en los seguimientos, cuestionando la generalización/mantenimiento de sus logros.

En relación al IK valorado por el médico, en ambos grupos, parece relativamente alto y, en general, parece que el GE presenta puntuaciones ligeramente más altas, aunque no resultan significativas. En cambio, sí es significativo que en ambos grupos, de forma similar, se observa una tendencia a empeorar a medida que avanzan las sesiones y mejorar en los seguimientos. Esta tendencia parece contraria con las valoraciones globales realizadas por el paciente, más negativas en los seguimientos. Esto, indicaría discrepancias entre las distintas fuentes de información en la valoración de la calidad de vida (Feichtl, Rosenfold, Tallamy, Cairo y Sands, 2010; Petersen, Larsen, Pedersen, Sonne y Groenvold, 2006; Petersen, Pedersen y Groenvold, 2007). Observando las valoraciones realizadas por el médico (IK y CV), éstas se muestran elevadas para ambos grupos sin constatar diferencias entre ellos, ni en el tiempo. Así, estudios previos ya apuntaban como las valoraciones del personal sanitario, en general, son estables, mostrándose menos sensibles a los cambios percibidos por el paciente en su salud, en su rutina y en su estado general (Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004). Podría hipotetizarse que el parámetro que determina esta valoración del médico es la condición

física del paciente y, probablemente en relación a la expectativa de los efectos del tratamiento oncológico (parámetros fisiológicos, efectos secundarios, toxicidad, etc.) de ahí que una vez finalizado éste, las valoraciones del médico mejoren. En esta línea, apuntan los resultados de estudios previos (Villoria, et al., póster, Julio, 2010) que indican que la valoración de la calidad de vida realizada por el oncólogo parece atender al estado físico (correlaciones positivas entre la valoración de la calidad de vida realizada por el médico y su valoración del IK), mientras que la del paciente considera su condición física y emocional. Las valoraciones de calidad de vida del paciente muestran correlaciones con la condición física y el estado emocional, evaluados mediante el QLQ-C30 y el HADS. En este sentido, parece que existe mayor acuerdo entre los profesionales de la salud y los pacientes en relación a aspectos físicos y menos en aspectos emocionales (Hladschik-Kermer et al., 2012; Horton, 2002; Robinson y Crawford, 2010)

Las puntuaciones medias obtenidas por el HAD no indican la presencia de patología ansiosa o depresiva en ninguno de los dos grupos, lo que indicaría, en general, una buena adaptación psicológica de los pacientes. A pesar de que diversos trabajos apuntan que desde el diagnóstico un alto porcentaje de pacientes refieren alteraciones emocionales (Brintzenhofe-Szoc et al., 2009; Deshields et al., 2006; Stiegelis et al., 2004; Teunissen et al., 2007), los resultados obtenidos irían en consonancia con los obtenidos en otros estudios con población oncológica que indican tasas más bajas de ansiedad y depresión (Fernández et al 2012; Fernández, Padierna et al., 2011; Groenvold et al., 1999; Groenvold et al., 2007; Mitchell et al., 2011; Osborne, Elsworth, Sprangers, Oort y Hopper, 2004; Rhondali et al., 2012). Los resultados contradictorios aportados por las distintas investigaciones, tal vez puedan ser atribuidos a diferencias en las características de las muestras empleadas, de los procedimientos de evaluación, en los instrumentos utilizados, etc.

A pesar de lo anterior, apuntar como los análisis realizados indican menos sintomatología ansiosa y depresiva en el GE. Aunque no se observa patología clínica y, por tanto, parecerían menos susceptibles al cambio, sí se observa una tendencia a mejorar significativamente hacia el final del tratamiento, que no se aprecia en el GC. Los mismos resultados se obtienen a partir de los datos recogidos en la entrevista clínica acerca del estado emocional (ansiedad, depresión e irritabilidad). Asimismo, la subescala de Funcionamiento Emocional del Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30), indica un estado emocional significativamente mejor en el GE. Teniendo en cuenta los objetivos de la intervención, en relación al mantenimiento de conductas relevantes de la vida del paciente y, puesto que el GE, mostró en mayor medida la recuperación del nivel de funcionamiento cotidiano, cabría pensar que ésta está teniendo un papel positivo en el estado emocional de los pacientes. Así, ya estudios previos señalan la relación entre el nivel de funcionamiento y el estado emocional (Banks et al., 2010; Fernández, Padierna et al., 2011; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004). Por otro lado, el hecho de que el GE tienda a empeorar en los seguimientos (no significativo) podría apuntar a la posible pérdida de la influencia de la intervención psicológica, apoyando lo observado en las valoraciones globales de calidad de vida valoradas por el paciente. Así, en la medida que se deja de entrenar al paciente en el análisis contextual de sus condiciones, éste podría perder las habilidades entrenadas para el reconocimiento de contingencias, aceptación, etc. y repercutir en su estado de ánimo de forma negativa.

En relación a los síntomas gastrointestinales recogidos mediante la entrevista (náuseas, vómitos y pérdida de apetito), en ambos grupos apenas parecen estar presentes. La escasa presencia de estos síntomas, especialmente las náuseas y los vómitos, podría ponerse en relación, por un lado con los tratamientos de quimioterapia administrados a estos pacientes que, por lo general causan poca sintomatología a este nivel y, por otro, con un adecuado control médico de los mismos. En relación a la pérdida de apetito, aunque inicialmente parece que el GE presenta más sintomatología, a lo largo del tratamiento ambos grupos tienden a equipararse. Incluso, parece observarse un ligero empeoramiento en los seguimientos del GC. Al observar las subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) relacionadas con estos síntomas, en concreto sólo en pérdida de apetito y estreñimiento, se observa significativamente más sintomatología, en el GC. En relación a la pérdida de apetito y, puesto que, las náuseas/vómitos son casi inapreciables, estas diferencias más que explicarse por los efectos secundarios de la quimioterapia, se podrían poner en relación con el estado emocional de los pacientes. El estado emocional y diferentes síntomas entre ellos, la pérdida de apetito, han sido puestos en relación en repetidas ocasiones (Coates et al., 2000; Efficace et al., 2004, Fernandez et al., 2006; Fernández et al., 2012; Kramer et al., 2000; Lloyd-Williams, Dennis y Taylor, 2004; Luoma et al., 2003; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004).

En la misma línea, aunque con cautela, podrían explicarse las diferencias encontradas en la subescala de estreñimiento.

En relación a la fatiga y el cansancio, se trata de síntomas con más protagonismo en estos pacientes. Lo mismo se ha observado en numerosos estudios presentes en la literatura que destacan la presencia de estos síntomas en los pacientes oncológicos bajo tratamiento de quimioterapia (Bower, 2008; Curt, 2000; Hartving et al., 2006; Irvine et al., 1998; Stasi et al., 2003). Así, por un lado el efecto del tratamiento se ha puesto en relación especialmente con el cansancio, pero también, las propias características de la enfermedad que añaden esta sintomatología. Mediante la información recogida en entrevista clínica, se observa como en ambos grupos un alto porcentaje (más de la mitad) indican cansancio de alta frecuencia e intensidad que, además, se mantiene en los seguimientos. Con respecto a la fatiga, ambos grupos indican valores similares que, en general, indican alta frecuencia e intensidad. En la misma línea apuntan las subescalas de disnea y cansancio del Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30) y la subescalas de disnea del LC-13. En ellas, ambos grupos se muestran similares, aunque con un ligero empeoramiento (no significativo) del GE a lo largo del tiempo. Puesto que, ambos grupos, se muestran equivalentes en sus características clínicas parecería razonable pensar que son estas condiciones las que explicarían la ausencia de diferencias entre ambos grupos en este síntoma. No obstante, la ausencia de diferencias estadísticas entre grupos no debe dejar de lado las posibles diferencias clínicamente significativas. En particular si se considera el mayor nivel de funcionamiento del GE y la pérdida de pacientes que compromete la viabilidad de las comparaciones estadísticas.

El dolor, otro síntoma destacado en la literatura (Green, Hart-Johson y Loeffler, 2011), se ha relacionado con limitaciones en el funcionamiento, físico, social y emocional, destacándose la importancia de evaluar su interpretación por parte del paciente oncológico (Borneman et la., 2012). Recogido mediante la entrevista clínica se muestra presente en menos de la mitad de los pacientes de ambos grupos y con intensidades aparentemente más

elevadas en el GC. Esto parece apoyarse en cierto modo en las subescalas relacionadas con el dolor del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) y LC-13. Aunque no todas cuentan con resultados estadísticamente significativos, parece observarse más dolor en el GC y con tendencia a empeorar a lo largo del tiempo. Tal vez, la pérdida de pacientes también en este síntoma esté dificultando la interpretación y significación de estos resultados. Así, puesto que ambos grupos resultan equivalentes en estado clínico, no parecería posible atribuir estas diferencias a un peor estado físico en el GC, al menos al inicio de la quimioterapia. No obstante, es posible que, por un lado, los pacientes que permanecen a lo largo de la intervención tengan una peor evolución en el GC. Y, por otro, cabría pensar que el incremento de actividad y el mejor estado emocional en el GE podría favorecer una menor atención o intentos de control sobre los síntomas físicos en este grupo. De este modo, en la medida que el paciente aprende a mantener su vida sin luchar contra la enfermedad y a adaptarse a sus posibles problemas y limitaciones, podría sentirse mejor y reflejarse en valoraciones más favorables.

En cuanto al último síntoma recogido mediante la entrevista, dificultad para dormir, al inicio parece tener una presencia destacable en el GC y no así para el GE. Sin embargo la pérdida de pacientes dificulta establecer si realmente este síntoma tiene más relevancia en el GC. Al comparar con la subescala de dificultad para dormir del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30), esta no indica resultados significativos. Si bien, al observar las puntuaciones medias parece que el GE está mejor que el GC, excepto al final donde ambos se equiparan. En los seguimientos la tendencia del GE es a empeorar y la del GC a mejorar.

Puesto que las dificultades para dormir es otro de los síntomas que se han asociado al estado emocional (Coates et al., 2000; Efficace et al., 2004, Fernandez et al., 2006; Kramer et al., 2000; Lloyd-Williams et al., 2004; Luoma et al., 2003; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004) y, el GC se halla más afectado, esto podría explicar las diferencias señaladas. La recuperación de actividad promovida por la intervención psicológica, con la consiguiente mejoría del estado de ánimo, así como la programación de actividades y rutinas para una mayor higiene del sueño podría haber jugado un papel central, favoreciendo y facilitando el descanso nocturno. Además, y del mismo modo que ocurría con la pérdida de apetito y el resto de síntomas, la pérdida de pacientes puede explicar la dificultad para encontrar diferencias estadísticas. En cuanto a la tendencia a empeorar del GE en los seguimientos, podría apuntarse la pérdida del potencial efecto positivo que la intervención psicológica pudiera estar teniendo en este grupo.

En lo referente al resto de síntomas recogidos, puesto que en estudios previos no han mostrado significación clínica (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004; Villoria et al., 2008), sólo se han registrado mediante el módulo específico de pulmón del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (LC-13) permitiendo constatar nuevamente la poca relevancia clínica en ambos grupos. Además, aún estando aparentemente peor el GC, sólo se puede argumentar desde posibles diferencias clínicas, en la misma línea que en la mayoría de los síntomas descritos previamente, sin poder obtener conclusiones con significación estadística.

En definitiva, al observar el estado de ambos grupos en cada momento de medida, parece que, en general, ambos presentan una sintomatología muy similar y, si acaso, más acusada en el GC. La subescala de Funcionamiento Físico del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30), aunque tampoco indica diferencias entre los grupos, sí señala diferencias en su evolución. Así, mientras el GC empeora levemente y se mantiene, el GE mejora significativamente al inicio, empeorando progresivamente hasta el primer seguimiento. El hecho de que ambos grupos partan de puntuaciones similares al inicio, y que en el GE se observe un cambio importante hacia la mitad del tratamiento hace pensar en el posible efecto de la intervención psicológica, que podría estar contribuyendo a la mejora e incremento del funcionamiento del paciente. No obstante, una vez más, estas diferencias en la evolución y la ausencia de diferencias entre grupos, tal vez, puedan atribuirse a la pérdida de muestra a lo largo de las medidas que obstaculiza la obtención de resultados estadísticos significativos, por lo que es difícil determinar con garantías.

En relación a las áreas de funcionamiento de los pacientes, atendiendo a las características sociodemográficas de estos pacientes, es destacable el hecho de que mayoritariamente 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. Esto podría suponer que el paciente se hallara en una situación de mayor facilidad para ocuparse en actividades de ocio. Además, la propia recuperación de las actividades cotidianas por parte del paciente supondría la reducción de comportamientos de protección/cuidado de su entorno social, facilitando la recuperación del funcionamiento cotidiano. Partiendo de esta situación previa en ambos grupos y, tal como se ha venido apuntando, se observa que los resultados desprendidos del análisis descriptivo de los datos de la entrevista clínica, parecen indicar que en el GE hay un mayor mantenimiento y/o recuperación del funcionamiento, especialmente, a partir de la segunda sesión y en los ámbitos de ocio y doméstico. Las subescalas de funcionamiento de rol y social del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30), también indican mejores puntuaciones en el GE, lo que podría apoyar estos resultados, aunque sin significación estadística. Además, la subescala de rol indica un cambio significativo del GE en la tercera sesión presentando una mejoría en su funcionamiento. A partir de este momento y, especialmente, en el seguimiento tiende a perderlo. El GC, en general parece mantenerse. Todo ello, podría poner de manifiesto el logro de objetivos propuestos en el protocolo de intervención psicológica. En la medida que, ésta se centra en promover la activación conductual de los pacientes, parece que en el GE, se logra el compromiso del paciente en el mantenimiento/incremento de, al menos, actividades gratificantes y relevantes de su vida.

Por último, señalar en cuanto al mantenimiento del nivel de actividad, el ámbito de las relaciones sexuales y de pareja. Ambos aspectos parecen más alterados en el GE. Esto, tal vez, podría explicarse como resultado de un sesgo en el proceso de evaluación. Puesto que el grupo experimental, por su condición, se halla en una situación de descripción de la topografía y funcionalidad de las conductas, ofrecería una valoración más objetiva y fiable. En cambio, el grupo control únicamente supone una valoración que, además y con frecuencia se realiza en presencia de familiares, quedando las respuestas mediadas por la deseabilidad social.

En conjunto, se observa la poca relevancia clínica de algunos síntomas destacados en otros estudios, como pueden ser las alteraciones gastrointestinales, especialmente en relación a náuseas y vómitos (Lindley et al., 1992; Morrow et al., 2002). En cambio, sí que destacan, en ambos grupos, el cansancio, el dolor, la pérdida de apetito y la dificultad para dormir. Estos síntomas, han sido puestos reiteradamente en la literatura en relación con el estado emocional (Coates et al., 2000; Efficace et al., 2004; Fernández et al., 2012; Kramer et al., 2000; Luoma et al., 2003), así como con los cambios en las rutinas de los pacientes. En la medida que en el GE se observó, clínicamente menor sintomatología, esto podría favorecer un estado emocional menos afectado y mejores valoraciones de calidad de vida realizadas por el paciente. No obstante, esto no sería suficiente, ya que parece difícil atribuir al azar que los sujetos con menor sintomatología se hallen en el GE. Si aquellos pacientes que mantuvieron y/o incrementaron sus actividades cotidianas y de ocio, mostraron menor tendencia a presentar alteraciones emocionales, se hipotetiza que la posible relación entre el estado emocional y el estado físico podría estar mediada por la recuperación y/o mantenimiento de actividades, objetivo central de la intervención psicológica aplicada en el GE. No obstante no se pierde de vista, que la disponibilidad del paciente para aumentar sus actividades gratificantes sería mayor si su estado físico lo permite, y en este sentido tal vez en el GE pudo tener un papel facilitador.

Con respecto a las pacientes con cáncer de mama, en ambos grupos, en general, las valoraciones globales de calidad de vida (EG, SP, IK, CV valorada por el médico y subescala de estatus global de salud del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) son bastante elevadas, observándose un empeoramiento al final del tratamiento. Este empeoramiento, estadísticamente significativo, a lo largo del tiempo, podría ponerse en relación, al menos en parte, con el tratamiento de quimioterapia. En estas pacientes, que inicialmente suelen estar asintomáticas, es frecuente un empeoramiento en su estado físico (cansancio, náuseas/vómitos, dolor,...) como consecuencia directa de la toxicidad de la quimioterapia. La situación física podría repercutir en su estado emocional, nivel de funcionamiento y condicionar peores valoraciones globales de calidad de vida, no sólo por parte de la paciente sino también del médico. Además, esto podría estar obstaculizando el papel de la intervención, ya que el estado físico puede contribuir negativamente al establecimiento y puesta en marcha de objetivos relacionados con el incremento de actividades relevantes y gratificantes. Si a lo anterior se añaden las condiciones del entorno en el que la paciente puede encontrarse, en relación a fomentar la sobreprotección, el reposo y la delegación de responsabilidades y toma de decisiones, se explicarían también valoraciones negativas en ambos grupos. Así, en la medida que se dan estas condiciones la paciente puede verse ante la pérdida de gratificaciones de su vida, repercutiendo en su estado emocional y calidad de vida.

Aunque parece que la intervención psicológica no juega ningún papel diferenciador entre ambos grupos si pone de manifiesto su importancia, en la medida que el fracaso en lograr sus objetivos y como consecuencia la pérdida de gratificaciones se vería reflejado en las valoraciones en la calidad de vida. No obstante, y tal como se apuntó en la muestra de cáncer de pulmón, es posible que el hecho de no observarse diferencias no sea por falta de efecto de la intervención, sino que al observar los datos en conjunto no se obtengan diferencias



estadísticamente significativas, ocultando la existencia de posibles diferencias clínicas entre los grupos.

Una vez finalizado el tratamiento de quimioterapia, se observan mejores valoraciones, lo que hace suponer que desaparecidos o reducidos los efectos secundarios de la quimioterapia se experimentaría una mejoría en distintos aspectos. (Tal como se verá más adelante, esta evolución se observa también en los datos recogidos mediante la entrevista clínica).

Con respecto al estado emocional, el HADS no indica patología ansiosa o depresiva en ninguno de los grupos. No obstante y aunque sin significación estadística, parece que el GE presenta un peor estado emocional, ya que presenta puntuaciones medias más altas (en torno a 5) a lo largo de todas las medidas. Con respecto a la evolución, en el HAD-D ambos parecen presentar una tendencia a empeorar con el paso del tiempo, en cambio en el HAD-A sólo el GE presenta esta tendencia, mientras que el GC parece mejorar. Resultados similares se recogen en la entrevista clínica, en concreto en relación a la sintomatología ansiosa, observándose un porcentaje ligeramente más alto de pacientes que refieren ansiedad en el GE. Del mismo modo la subescala de Funcionamiento Emocional del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, aunque sin significación estadística, indicaría un peor estado emocional en el GE desde el inicio y durante todo el tratamiento oncológico. Aunque ambos grupos parecen mostrar una tendencia a empeorar, parece más acusada en el GE. Si bien, finalizado el tratamiento oncológico las pacientes de este grupo presentan una mejoría significativa que no muestran las del GC. Este aparente peor estado emocional durante el tratamiento oncológico habrá de ser puesto en relación, al igual que ocurría con las valoraciones globales de calidad de vida con la falta de consecución de objetivos de la intervención psicológica, pero también con otras áreas, como síntomas, preocupaciones y nivel de funcionamiento y, aspectos sociodemográficos de las pacientes.

En el módulo específico de mama BR-23, en la escala imagen corporal, el GE presenta mejores valoraciones que el GC, aunque parece empeorar en los últimos registros en el seguimiento mejora. El GC empeora en la mitad del tratamiento y luego se recupera manteniéndose hasta el final del tratamiento e indicando cierta mejoría en los seguimientos. Los cambios en la evolución, en ambos grupos, podría relacionarse con efectos de la quimioterapia pero también con las condiciones de vida de las pacientes, en relación a la alteración en las rutinas cotidianas, que puedan suponer condiciones de menor autocuidado (ej: ganancia de peso, menor vida social y/o laboral que pueda repercutir en el cuidado de la imagen, etc.). El hecho de que las pacientes del GE presenten siempre mejores valoraciones, se podría explicar, por un lado, por las condiciones de vida de las pacientes (se sugiere que en buena medida son diferentes en ambos grupos) y tal vez, también, por el posible papel que la intervención psicológica pueda estar teniendo. Así, al buscar la adaptación del paciente a los cambios en su vida como consecuencia de la enfermedad y tratamiento, planteando alternativas y fomentando actividades valiosas, podría estar contribuyendo a valoraciones más favorables en el GE.

En relación a la subescala de perspectiva futura, el GC aun cuando va empeorando a lo largo de las medidas muestra valores que se hallan por encima de los del GE ya desde el inicio.

A pesar de que parece observarse en el GE una mayor preocupación por el futuro, lo cual se ve apoyado por las preocupaciones recogidas mediante entrevista clínica, donde se observa un porcentaje mayor de pacientes que refieren sentir preocupación por su futuro y el de los otros significativos para el paciente, no se puede perder de vista como el GE muestra una evolución significativamente mejor. Las condiciones de vida de las pacientes del GE, en concreto, pacientes más jóvenes, con menos apoyos, etc., podrían explicar que estas pacientes refieran más preocupaciones. Si bien, el hecho de que se reduzcan a lo largo del tratamiento podría ponerse en relación, al menos en parte, con el efecto de la intervención psicológica, en tanto que se trata de enseñar al paciente aceptar la situación de enfermedad y eliminar la evitación. Por otro lado, se entendería que las condiciones que podrían ser responsables de mayores preocupaciones en este grupo, o bien se mantienen (ejemplo: edad de las pacientes), o bien, podrían verse modificadas en el curso de la consecución de los objetivos de la intervención psicológica en relación a la adaptación a la enfermedad, búsqueda de alternativas, programación de actividades, etc. (ejemplo: logro de más apoyos).

En relación a los síntomas registrados, parece que los síntomas gastrointestinales, concretamente, náuseas, vómitos y pérdida de apetito, aunque en ambos grupos se mantienen o empeoran a lo largo del tratamiento y mejoran en los seguimientos, estuvieron más presentes en las pacientes del GE. Así lo indican las variables recogidas mediante la entrevista y los resultados estadísticamente significativos derivados de las subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) en relación a estos síntomas. El hecho de que ambos grupos empeoren a lo largo del tratamiento se explicaría por la fuerte asociación de estos síntomas a los tratamientos de quimioterapia de estas pacientes. Así, una vez finalizado el tratamiento, los síntomas desaparecen.

Con respecto a la mayor sintomatología del GE, tal vez pueda deberse a diferencias, por azar, en cuanto al tipo pauta antiemética adicional prescrita. En concreto, en lo que respecta a la pauta oral. Un 18,5% de las pacientes del GC recibieron una pauta distinta y se hipotetiza que más eficaz que la que recibieron las pacientes del GE (36,4%). En cuanto a la pauta oral completa, la cual conlleva más fármacos antieméticos por lo que es esperable una mayor eficacia, un 25,9 % de las pacientes del GC la recibieron, mientras que en el GE fue sólo un 13,6%. Por último, apuntar que el porcentaje de pacientes al que no le fue prescrito ningún tipo de pauta antiemética adicional fue del 33,3% en el GE, y del 22,9% en el GC, lo que tal vez también haya mediado en los resultados expuestos.

En este sentido, la presencia de un mayor malestar gastrointestinal en el GE, podría repercutir en la mayor pérdida de apetito en este grupo durante el tratamiento con quimioterapia.

En relación a los síntomas de diarrea y estreñimiento evaluados mediante el Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30), señalar su escasa presencia en ambos grupos, aunque parece que el GE experimenta ligeramente más diarrea y el GC estreñimiento. Por el escaso peso de estos síntomas, ya observado en trabajos previos (Espantoso et al., 2007; Fernández et al., 2006; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004; Padierna, Fernández, Pérez et al., 2004; Villoria et al., 2008) su registro se limita a las subescalas del QLQ-C30 y, por tanto, es difícil determinar a qué se deben las diferencias halladas. Por un lado, podrían ser

consecuencia de los efectos de la toxicidad de la quimioterapia que hayan podido afectar de forma distinta a ambos grupos, bien por azar, bien, por condiciones que no han sido controladas, como por ejemplo, el posible efecto de las diferencias en la pauta antiemética en estos síntomas, la dieta, estilos de vida, etc.

En cuanto a la fatiga y al cansancio recogido mediante la entrevista, ambos grupos parecen experimentar niveles similares, y más sintomatología a medida que avanza el tratamiento que, aunque se reduce, aun se observa en los seguimientos. A pesar de esta similitud, los datos parecen indicar que el GE está peor. Esto, parece apoyado por los resultados obtenidos en la subescala de cansancio del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30), que destaca mayor cansancio en el GE. También, indica que, aunque ambos empeoran hasta el final del tratamiento, lo hace más el GE, mientras que el GC se mantiene más constante. Este síntoma, tal y como ya se comentó, se ha asociado a los efectos de la quimioterapia (Bower, 2008; Curt, 2000; Hartving et al., 2006; Irvine et al., 1998; Stasi et al., 2003), lo que explicaría el empeoramiento a lo largo de las sesiones, en ambos grupos y su mejoría en los seguimientos. Además, su presencia aún en los seguimientos, va en consonancia con los resultados de otros trabajos, que indican como el cansancio puede perdurar mucho más tiempo tras haber finalizado la quimioterapia (Broeckel et al., 1998; Espantoso et al., 2007; Jacobsen y Stein, 1999; Minton y Stone, 2008).

Es posible que, por un lado, la intervención psicológica no haya aportado un efecto positivo en la sintomatología de estas pacientes. No obstante, se ha de tener en cuenta que ésta ha sido puesta en relación con el estado emocional y el nivel de funcionamiento (Banthia et al., 2009; Fernández et al., 2006; Green et al., 2010; Jensen et al., 2010; Lloyd-Williams et al., 2004; Nesvold, Valborg, Fossa y Dahl, 2010; Okuyama et al., 2000; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004), y en estos aspectos el GE también parece presentar más afectación. Sin embargo, una vez más es necesario tener presente, y tal como ya se apuntó, que el hecho de observar a los grupos en conjunto, puede estar obstaculizando obtener diferencias estadísticas y ocultar diferencias clínicas, limitando la valoración del papel de la intervención. Además, como se ha venido apuntando, se observan ciertas diferencias en aspectos sociodemográficos y condiciones de vida de las pacientes, las cuales tampoco se dan en los grupos en su conjunto, pero que podrían estar desempeñando algún papel en los datos recogidos, lo cual será detallado más adelante.

En relación al dolor registrado mediante entrevista, parece que, en ambos grupos, menos del 50% de los pacientes manifiestan experimentar dolor. Además, de los pacientes que lo experimentan, en ambos grupos lo hacen a intensidades muy bajas y tienden a experimentar una ligera mejoría en el seguimiento. No obstante, las puntuaciones del GE en la subescala de dolor del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30), parecen ligeramente peores que en el GC, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Estas peores puntuaciones aparentes en el GE, podrían estar en consonancia con los resultados derivados de las subescalas del módulo específico de mama (BR-23) sobre síntomas del brazo y la mama, que generalmente se asocian a dolor. En ambas subescalas se observa más sintomatología en este grupo, especialmente en relación al brazo (significativo). Estos aspectos habrán de ser tenidos en cuenta por su posible influencia en las valoraciones del estado físico y su repercusión en la realización de actividades, ya que puede estar limitando el

mantenimiento/incremento de actividades (Borneman et al., 2012) y, a su vez generar malestar emocional (Laird, Boyd, Colvin, Fallon, 2009).

En cuanto a la dificultad para dormir, la entrevista parece indicar un mayor porcentaje de pacientes con dificultad para dormir en el GE. Esto parece apoyado por los resultados de la subescala de dificultad para dormir del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30). En ella, aunque sin significación estadística, se observan puntuaciones ligeramente peores en el GE. Incluso, parece que se hallan en este grupo los pacientes que peor duermen de la muestra. Puesto que las dificultades para dormir es otro de los síntomas que se han asociado al estado emocional y las alteraciones en la rutina (Coleman et la., 2011; Fernández et al., 2012; Fernández, Padierna et al., 2011; Lloyd-Williams et al., 2004; Padierna, Fernández, Amigo et al., 2004), habrá de ponerse en relación con el peor estado del GE. Por otro lado, se observa como ambos grupos tienden a mejorar en los seguimientos, tal vez como consecuencia de la desaparición de los efectos de la quimioterapia y la recuperación y mejora del resto de áreas.

En general, parece que todos los síntomas evaluados, tienen una mayor presencia e intensidad en el GE. Además, parece observarse como en ambos grupos hay una tendencia a mejorar en los seguimientos, lo que parece relacionarse con la desaparición de los efectos de la quimioterapia. Esto se ve apoyado por los resultados obtenidos en la subescala de Funcionamiento Físico del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30) y la subescala de Efectos del Tratamiento del BR-23, que indican esta tendencia. El hecho de que el GE presente más sintomatología y tal como se ha venido apuntando pueda por un lado indicar el limitado efecto de la intervención psicológica en este grupo pero, por otro, ser uno de los factores que impidan la consecución de sus objetivos, especialmente en relación a promover la actividad. Tal como se expuso, se entendería que la predisposición del paciente para iniciar, mantener e incrementar la actividad será mejor en la medida que su estado físico lo permita. Puesto que estas pacientes experimentaron diversa sintomatología, que parece estrechamente asociada con los efectos secundarios de la quimioterapia, podría haber supuesto un obstáculo para estas pacientes. No obstante, no se puede olvidar que la relación existente entre síntomas, estado emocional y funcionamiento es compleja por lo que no es posible atribuir exclusivamente la aparente ausencia de los efectos de la intervención, así como el peor estado de las pacientes del GE, a la sintomatología experimentada.

Al observar, el nivel de funcionamiento cotidiano, parece que, en general, ambos grupos no presentan importantes alteraciones. Por un lado, esto podría ser explicado por el estado físico conservado que al inicio de la quimioterapia suelen presentar estas pacientes. No obstante, es frecuente que tras la cirugía puedan manifestar ciertas limitaciones en relación a sus posibles secuelas (limitación en movimientos con el brazo del pecho afectado, dolor,...). A pesar de ello, éstas, con frecuencia, quedan resueltas en este momento o evolucionan favorablemente. Iniciada la quimioterapia, pueden aparecer diferentes síntomas que podrían provocar en mayor o menor medida cierta alteración en sus actividades diarias, explicando, al menos en parte, las alteraciones observadas, especialmente en los primeros ciclos.

Por otro lado, y tal como ocurría con los pacientes de cáncer de pulmón, es necesario tener en cuenta las características sociodemográficas que presentan estas mujeres. Así, el

hecho de que sean mayoritariamente mujeres y con cargas familiares podría explicar la mayor probabilidad y/o necesidad de mantener su nivel de actividad diario. Puesto que, las tareas domésticas y el cuidado de la familia siguen estando, en general, a cargo de la mujer, podría resultar difícil que éstas fueran delegadas o asumidas por otros. Además, podría a su vez resultar gratificante para la mujer mantener las funciones que son relevantes en su vida, facilitando el mantenimiento de las mismas.

Si bien, observando más detalladamente los datos que se desprenden del funcionamiento cotidiano, al comparar ambos grupos, parecen detectarse ciertas diferencias, que aunque sin valor estadístico parecen señalar un peor nivel de funcionamiento en el GE. Así, mientras que en el ámbito laboral, en el GC parece darse una cierta recuperación de la actividad, el GE se mantiene constante a lo largo del tratamiento, aunque mejora en los seguimientos. En relación a la actividad doméstica, ambos grupos presentan una tendencia similar hasta la mitad del tratamiento. También, parece observarse cierta recuperación de la actividad, probablemente debido a la desaparición de los efectos derivados de la cirugía, tal como se comentó anteriormente. A partir de este momento, el GC parece mejorar mientras que el GE sufre un ligero empeoramiento, recuperándose en los seguimientos. Algo similar ocurre con las actividades de ocio. Mientras que a partir de la mitad del tratamiento oncológico el GC tiende a mejorar, el GE sufre un empeoramiento, mejorando en los seguimientos. Estos hallazgos van en consonancia con los resultados obtenidos en las subescalas de Funcionamiento de Rol y Funcionamiento Social del Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30). Ambas subescalas, indican un peor funcionamiento significativo en el GE, y la mejora de ambos grupos en los seguimientos.

Para poder explicar estas diferencias halladas entre los grupos, que apuntan a un peor estado del GE y, partiendo de que no siempre resultan significativas, es necesario examinar detenidamente las características clínicas y sociodemográficas de la muestra. Aunque ambos grupos resultan equivalentes en ambas características, existen claves diferenciales que podrían arrojar hipótesis sobre el peor estado del GE. En el GE parece haber porcentajes más altos de pacientes más jóvenes, que viven solas, que están solteras, viudas o separadas/divorciadas. Y, en cambio, parece que, en general, ambos grupos presentan porcentajes similares en cuanto a cargas familiares. Estos aspectos, podrían suponer un desempeño de roles diferentes con mayores demandas en el ámbito laboral, familiar y doméstico y, posiblemente un menor apoyo familiar/social en el GE. Además, el hecho de que en este grupo se observen porcentajes mayores de pacientes en situación de baja laboral y en paro podría añadir más preocupaciones, repercutiendo en el estado emocional, así como, la posible pérdida de oportunidades de contacto social y/o el deterioro del ocio.

Por último en cuanto al ámbito de las relaciones sexuales, parece que la entrevista indica una menor afectación en el GE, al contrario de lo que ocurría con los pacientes de cáncer de pulmón. Al observar los resultados de las subescalas del módulo específico de mama (BR-23) relacionadas con este ámbito, aunque no se obtiene diferencias significativas entre los grupos, las puntuaciones del GE parecen ligeramente superiores en funcionamiento sexual mientras que las del GC lo son en satisfacción sexual. En ambos grupos, se observa una mejora en los seguimientos para satisfacción sexual y en esa línea, diferencias significativas entre los momentos centrales y los finales y seguimientos en funcionamiento sexual. Estos

datos parecen reflejar como el tratamiento oncológico también tiene repercusión en este ámbito. Además, se vuelve a poner de manifiesto, como ocurría con los pacientes con cáncer de pulmón, como el proceso de evaluación puede influir en la información que se proporciona. Así, puesto que el GC, en la entrevista ofrece una valoración, sin realizar una descripción de la topografía y funcionalidad de las conductas, tal vez, la información proporcionada dependa de los aspectos a los que el paciente de más peso para hablar de afectación o no y, por tanto, pueda suponer puntuaciones, en este caso, aparentemente menos favorables.

A la luz de los datos expuestos parece que se pone de manifiesto la ausencia de efecto de la intervención psicológica, no obstante se debe matizar que, a pesar de que los grupos son equivalentes se observan diferencias ya comentadas entre ellos (sintomatología, características sociodemográficas, condiciones de vida,...) que pueden estar jugando un papel obstaculizador para la consecución de los objetivos de la intervención. Como ocurría con los pacientes de cáncer de pulmón, que no se observen diferencias estadísticas en estos aspectos hace pensar que, tal vez, el hecho de que sean tenidas en cuenta al inicio, disponiendo de toda la muestra inicial, empañe las posibles diferencias clínicas que se podrían observar al estudiar las pacientes que finalizan la intervención. Además, también con estas pacientes, no se debe olvidar la pérdida de muestra que se produce a lo largo de las sesiones. Por ello, tal vez más que un efecto nulo de la intervención se debería de hablar de un efecto limitado por las características de la muestra, del procedimiento, etc. Así las cosas, y con el objetivo de determinar el posible efecto de la intervención psicológica, se tendrá en cuenta el examen de lo que ocurre con aquellos pacientes que llegan al final de la misma, así como, mediante el estudio de caso.

#### *Estudio del efecto de la intervención psicológica:*

Se evaluó, estadística y descriptivamente, el cambio experimentado de aquellos pacientes del Grupo Experimental de ambas muestras (pacientes con cáncer de pulmón y pacientes con cáncer de mama) que finalizaron la intervención y disponían, al menos, del primer seguimiento. Así, se analizaron 11 casos de cáncer de pulmón y 18 de cáncer de mama. El análisis estadístico y descriptivo se centró en aquellas variables objetivo de la intervención (nivel de funcionamiento, presencia y reconocimiento de conductas de enfermedad, patrones de evitación y pensamientos/emociones de evitación). Además, se tuvieron en cuenta, mediante la información proporcionada por el paciente en entrevista clínica, síntomas y estado emocional. Aunque el protocolo de intervención se ajustó siempre a las necesidades, condiciones y objetivos de cada caso particular y momento de evaluación/intervención, con la intervención psicológica se pretendía, mediante el análisis funcional de la conducta del paciente y el manejo de contingencias, que éste aprendiera a observar sus conductas en sus contextos, logrando identificar las condiciones implicadas, para mantener y/o incrementar las actividades relevantes y gratificantes de su vida.

En relación a la muestra de pacientes de cáncer de pulmón, partiendo del estudio descriptivo de los casos se observa, en general, un estado físico, emocional y un nivel de funcionamiento bastante conservado. En cuanto a los síntomas experimentados, los más referidos fueron el cansancio, la fatiga y el dolor, en la misma línea a lo observado en las comparaciones entre grupos (GC/GE). Además, éstos o se mantuvieron estables, o mostraron cierta tendencia a desaparecer a lo largo del tratamiento de quimioterapia y seguimientos. Los pacientes, a lo largo de las sesiones, mediante descripciones concretas de su vida diaria fueron capaces de identificar los síntomas asociados a la enfermedad/tratamiento y, cómo éstos podían actuar como un antecedente del cambio en sus rutinas cotidianas y generar malestar emocional. Además, esto permitió a los pacientes observar cómo los síntomas no siempre fueron responsables de la pérdida de actividad, identificándose con ayuda del terapeuta, conductas de enfermedad y patrones de evitación, muchas veces facilitados y/o mantenidos por el entorno social. Éstos, fueron identificados especialmente al inicio y mitad de la intervención. Mediante una descripción de la situación, en ocasiones modelada por el terapeuta para facilitar el análisis de las conductas y sus contingencias y, también, con la ayuda de autorregistros (si se disponía de ellos), el paciente pudo identificar las condiciones (públicas y privadas- pensamientos y emociones de evitación) implicadas en que las actividades fueran más o menos probables, así como valorar las consecuencias a corto y medio plazo, de mantener o no las conductas de enfermedad y/o evitación. Así, mediante el manejo de contingencias y, en ocasiones, con el establecimiento de contratos (terapeuta-paciente, paciente-allegados) se logró su eliminación y, alternativamente, el establecimiento de conductas relevantes y saludables para el paciente y, en su caso, también para los allegados. En esta línea, aunque no se confirma con significación estadística, probablemente por el reducido número de casos, los análisis estadísticos muestran la tendencia a la eliminación de conductas de enfermedad y patrones de evitación en aquellos pacientes que sí mantenían estos comportamientos.

Por otro lado, a pesar de la presencia de síntomas, se observa como la mayoría de los pacientes presentan una tendencia a lo largo de las sesiones a recuperar las actividades diarias, especialmente las actividades gratificantes. En la medida que la intervención psicológica fue encaminada a fomentar y/o mantener las actividades relevantes y gratificantes del paciente, esto indicaría el logro de este objetivo en estos pacientes. Para alcanzarlo, los pacientes elaboraron jerarquías de actividad, que facilitaron la programación de actividades, para asegurar una recuperación exitosa de las mismas. Además, mediante autorregistros o con ayuda del terapeuta en la consulta, se trató de anticiparse a posibles limitaciones derivadas de la enfermedad y efectos del tratamiento oncológico, para generar alternativas eficaces que permitieran mantener la actividad en la medida de lo posible. Todo ello, también facilitó el reconocimiento de contingencias que fortalecían y/o debilitaban los distintos ámbitos de actividad. Así los análisis parecen indicar como los pacientes lograron este reconocimiento.

Además, en cuanto el estado emocional, también mediante descripciones concretas de situaciones diarias, así como con ayuda de registros (cuando se dispuso de ellos), el paciente pudo observar la relación entre sus emociones y su estado físico y nivel de actividad. Se observó cómo los síntomas generaban malestar emocional, pero también, cómo la recuperación de actividad tuvo un efecto positivo, reduciendo alteraciones emocionales, especialmente irritabilidad y tristeza. En relación a los pensamientos sobre la enfermedad y su

pronóstico, cuando el paciente presentaba una evitación activa hacia los mismos, el terapeuta le ayudó a identificarlos estableciendo las relaciones entre éstos, su comportamiento y su entorno. Para ello, se emplearon registros y descripciones del paciente. Además, para facilitar su eliminación y aceptación, el terapeuta empleó metáforas, ejemplos y paradojas, desenganchando al paciente de sus pensamientos/emociones y debilitando intentos de control. Aunque sin significación estadística, los análisis indican la escasa presencia de éstos y la tendencia a su eliminación, así como su reconocimiento. Parece que, en los pacientes que llegaron al final de la intervención, se produce la aceptación de la situación, reconociéndose la posibilidad de un mal pronóstico e incluso la muerte. Se logra la aceptación de las preocupaciones y miedos ante la situación, especialmente en relación al sufrimiento y el dolor, sin generar intentos de control y viviendo con ellos como parte de la enfermedad. Además, se logra la anticipación de posibles problemas ante el avance de la enfermedad y la muerte, generando soluciones e incluso resolviendo posibles conflictos que pudieran surgir ante esta situación, tanto para el paciente como para sus allegados. En definitiva, los pacientes fueron capaces de establecer la relación entre aceptar esta situación, continuar su vida y un estado emocional más favorable.

En general, por tanto, parece observarse un efecto positivo de la intervención psicológica, que aunque se muestra discretamente en los análisis estadísticos, sí parece observarse en el análisis descriptivo de los casos, al menos, para la consecución de algunos objetivos de la intervención, especialmente en relación a la recuperación de actividad. Este aspecto puede, aunque con cautela, verse apoyado por la pérdida de cierto efecto de la intervención psicológica en el seguimiento, en el sentido de que los pacientes parecen tener dificultad a la hora de reconocer las contingencias implicadas en sus conductas en esos momentos. Esto, por otro lado, también podría estar poniendo de manifiesto el escaso efecto a medio- largo plazo de la intervención y haría plantearse la necesidad de introducir más sesiones o, al menos, ajustarse a aquellos pacientes para los que ésta no haya sido suficiente.

Otra cuestión que no se puede perder de vista, en la valoración del efecto de la intervención psicológica de estos pacientes y, tal como ya se expuso anteriormente, es el papel de sus características sociodemográficas (en su mayoría sin cargas familiares, jubilados o de baja laboral y con apoyo social e instrumental), y de su entorno social y familiar. Éste, podría haber contribuido facilitando la recuperación/mantenimiento de la actividad de estos pacientes, así como, una menor presencia de comportamientos de evitación y conductas de enfermedad, tal como parece constatarse en los análisis de estas variables.

Con respecto a las pacientes con cáncer de mama, el estudio descriptivo de los síntomas recogidos mediante entrevista clínica indica, en general, bastante sintomatología, desde el inicio de la quimioterapia y con tendencia a mantenerse o empeorar a lo largo de las medidas. Puesto que el tratamiento oncológico de estas pacientes, como ya se vio en las comparaciones entre grupos, supone una elevada toxicidad con efectos secundarios importantes, parecería el responsable de estos síntomas. Más aún, si se tiene en cuenta que se trata de pacientes con un estado físico inicialmente bastante conservado. Además, se han de añadir las posibles secuelas derivadas de la cirugía a la que han sido sometidas casi el 100% de ellas. Todo, podría estar limitando o provocando pérdidas en la actividad diaria, así como contribuir a un estado emocional más afectado.



No obstante, parece que los síntomas derivados del tratamiento oncológico no son suficientes para explicar las alteraciones en la actividad y en el estado emocional de estas pacientes. Al estudiar los casos con detalle, se observan diferentes “subgrupos” de pacientes en relación a su afectación y los aspectos que en ella pueden estar mediando, además de lo ya descrito. Así, por un lado se observan pacientes que apenas muestran síntomas, presentan poca afectación emocional y conservan un buen nivel de actividad. a pesar de ello, especialmente al inicio de la quimioterapia, se observa cierta alteración en su nivel de funcionamiento y un estado emocional más afectado. A lo largo del tratamiento de quimioterapia tienden a recuperar su funcionalidad, aun cuando la sintomatología, pueda persistir. Esto, podría indicar un efecto derivado de las condiciones trabajadas en las sesiones en relación a la consecución de los objetivos de la intervención psicológica. Desde el inicio, se trabaja con las pacientes en la observación de los síntomas y sus limitaciones con el objetivo de que aprendan a identificar las condiciones implicadas, generando alternativas eficaces para su afrontamiento. Se trata de que éstos generen el menor impacto posible en su nivel de funcionamiento cotidiano y en su estado emocional. Anticipándose a posibles dificultades, la programación de actividades se orientó a recuperar rutinas diarias en las que las pacientes se mostraran competentes, de tal modo que se mantuviesen por sus efectos. Por otra parte, también se tuvo en cuenta los propios recursos del contexto de las pacientes para aumentar la probabilidad de estas actividades. Además, se pretendía que las pacientes observaran sus pensamientos y emociones en estas situaciones, para que pudieran identificar el efecto positivo que esto tenía en su estado emocional.

Por otro lado, también con estas pacientes, se trabajan las conductas de enfermedad y los patrones de evitación. Así, aun cuando están presentes en pocas pacientes y escasos momentos a lo largo de la intervención, se trata de que sean capaces de identificarlos y observar sus consecuencias, tanto para ellas como para sus allegados. Mediante descripciones de situaciones concretas de su vida, así como con los autorregistros (cuando estos se realizaron), se logra su identificación. El manejo de contingencias y el establecimiento de contratos fueron útiles para alterar la funcionalidad de estas conductas e implantar conductas alternativas saludables.

Con respecto a pensamientos/emociones de evitación en relación a la enfermedad y/o tratamiento, tampoco destacaron por su presencia en este grupo de pacientes. El trabajo fue encaminado a prevenirlos y/o eliminarlos, mediante el uso de ejemplos, metáforas, etc., facilitando la identificación de situaciones susceptibles de provocarlos y el reconocimiento de la ineficacia de intentos de control. Se trataba de lograr su aceptación y valorar la posible repercusión de la misma en su estado emocional y en el nivel de actividad.

Tras lo expuesto, se debe destacar cómo probablemente las condiciones de vida de estas mujeres (sin cargas familiares, jubiladas o amas de casa o en situación de baja laboral) podrían haber contribuido de manera importante a facilitar el mantenimiento de su ritmo de vida y un mejor estado emocional. Aunque esto, lejos de cuestionar la eficacia de la intervención muestra, de una parte, la importancia de estas condiciones en el mantenimiento de las actividades relevantes y de otra, como sólo en la interacción del sujeto con el entorno puede explicarse e intervenir sobre los problemas psicológicos.

Otro subgrupo observado lo constituyen algunas pacientes que, ya desde el inicio de la quimioterapia, presentan elevada sintomatología, afectación del nivel de funcionamiento e importantes alteraciones emocionales, aunque en pocos casos con significación patológica. También, se observa una importante presencia, a lo largo de todas las sesiones, de conductas de enfermedad, patrones de evitación y/o pensamientos/emociones de evitación.

En estas pacientes, se trabajan también objetivos de recuperación de actividades y manejo de contingencias. Se trata, mediante el análisis funcional de sus conductas que sean capaces de observar sus comportamientos en sus contextos. Se trata de puedan observar la relación entre lo que hacen, lo que piensan/sienten y lo que ocurre en su entorno. Para ello, se utiliza la descripción de situaciones concretas, pero también se piden registros de pensamientos/actividad. En estas pacientes, especialmente, se observa la dificultad para realizar estas descripciones y la escasa o nula adherencia a los registros. Todo ello, supone una dificultad añadida al proceso de identificación y reconocimiento de las condiciones implicadas en su situación actual. A pesar, de que con ayuda del terapeuta en la sesión, muchas veces, se logra el reconocimiento y la identificación de estas condiciones, así como de sus consecuencias en el nivel de funcionamiento y en el estado emocional, el efecto no se generaliza al contexto de la vida diaria. Por ello, parece necesario valorar las condiciones de vida de estas pacientes. Éstas, estarían jugando un papel importante para entender y valorar el efecto de la intervención psicológica. En este sentido, parece que estas condiciones suponen un obstáculo para la consecución de los objetivos de la intervención. Se observan pacientes sin apoyo social e instrumental, con cargas familiares y con estilos de afrontamiento a la enfermedad (“rol de enfermo” ante historias previas de enfermedad) contrarios a los perseguidos por una intervención basada en la activación del paciente. Se observa, que no sólo ellas sino también el entorno actuaría de igual modo facilitando, conductas de enfermedad, evitación de actividades y responsabilidades y, desplegando conductas de sobreprotección y cuidado. Por ello, con estas pacientes parecería que la intervención psicológica no logra ningún efecto, al menos, con el número de sesiones con el que se trabaja. Sería necesario ajustar el protocolo de intervención (más sesiones, de más duración, trabajo con allegados, etc.) para lograr enganchar a la paciente y a su entorno de manera que se pudieran establecer objetivos más ajustados a sus necesidades y condiciones. Se trataría de lograr un cambio que permitiera la activación y el compromiso de la paciente con su vida, además de la eliminación de conductas de enfermedad y patrones de evitación experiencial.

Por último, se señala un grupo de pacientes que presenta sintomatología y afectación en el nivel de actividad y/o en el estado emocional. Además, presentan conductas de enfermedad, patrones de evitación y/o pensamientos/emociones de evitación. Con estas pacientes el trabajo en las sesiones de intervención fue en la misma línea que con las anteriores. Por un lado, se trabaja en la observación de los síntomas y sus limitaciones facilitando la identificación de posibles problemas y alternativas eficaces para su afrontamiento. Además, se trata de observar los distintos ámbitos de actividad para que aprendan a reconocer las contingencias que hacen más o menos probable su mantenimiento/recuperación. Se emplean registros de actividad, jerarquías y programación de actividades para facilitar dicho reconocimiento y recuperación/mantenimiento de las mismas. De este modo, se observa como a lo largo de las sesiones se alcanzan estos objetivos. Además, se logra establecer la relación entre la recuperación de rutinas, responsabilidades y

gratificaciones diarias y un estado emocional más favorable. En relación a las conductas de enfermedad, patrones de evitación, del mismo modo y mediante el manejo de contingencias, no sólo se logra su reconocimientos sino también, en la mayoría de los casos, su eliminación. Así, cuando fue necesario se pusieron en marcha contratos terapeuta-paciente, para lograr el compromiso de éste en la eliminación de las conductas de enfermedad y patrones de evitación. En general, en estas pacientes, mediante el uso de ejemplos y metáforas también se logra el reconocimiento de pensamientos/emociones de evitación. Se facilita la aceptación de pensamientos y preocupaciones relacionadas con la enfermedad y el futuro, reduciendo el impacto de éstas en el curso de sus rutinas. No obstante, se observa que en alguna paciente, a pesar de identificarlas y reconocer sus consecuencias, se mantienen a lo largo de las sesiones y en los seguimientos, sin lograr su aceptación fuera del contexto terapéutico.

Al igual que con los subgrupos anteriores se examinan las condiciones de vida que presentan estas pacientes. Así, a pesar de que presentan más apoyo social e instrumental y no se evidencian, en general, historias de enfermedad previa que supongan patrones de repuesta de enfermedad, se observa que también supondrían un obstáculo para el logro de los objetivos de la intervención psicológica. Por ello, parecería que en estas pacientes, puesto que se observan cambios en relación a los objetivos de la intervención, ésta estaría mostrando cierto grado de eficacia.

Tomando en conjunto a las pacientes, los análisis estadísticos sobre su evolución indican, en primer lugar, la mejora en el nivel de actividad, siendo significativo para la actividad doméstica y de ocio. Además, con respecto a las contingencias que fortalecen y/o debilitan las actividades, la mayoría de las pacientes parecen reconocerlas, especialmente en la medida post-tratamiento. En el seguimiento, parece observarse cierta pérdida del mismo (no significativa) que podría apuntar la pérdida del efecto de la intervención. En segundo lugar, se observa que aunque que la mayoría de las pacientes no presentan ni patrones de evitación, ni pensamientos/emociones de evitación, se logra un mayor reconocimiento (significativo) de los mismos a medida que avanza la intervención psicológica. Además, con respecto a las conductas de enfermedad no sólo se observa esto sino que también se obtiene una reducción significativa de las mismas, al comparar la medida inicial con el seguimiento.

Todo ello, y a pesar de no observarse en la comparación entre grupos, pondría de manifiesto los efectos de la intervención psicológica, al observarse la consecución de sus objetivos, apoyado por el estudio descriptivo de los casos y el estudio estadístico de la evolución de las pacientes en su conjunto. No obstante se señala, por un lado, el reducido número de pacientes de las que se dispone, por lo que los resultados estadísticos deben ser tomados con cautela. Y, por otro, la importancia que las condiciones de vida de las pacientes, pueden estar desempeñando a la hora de valorar la idoneidad y las características del protocolo de intervención aplicado.

*A modo de conclusión:*

Al valorar la adecuación y especificidad del procedimiento de la Terapia de Activación Conductual, tal y como aquí se ha implementado, se plantea como el estado físico de los pacientes de cáncer de mama y pulmón y, en particular síntomas como el cansancio, dolor, alteraciones del sueño y la pérdida de apetito, así como, síntomas gastrointestinales (especialmente en las pacientes con cáncer de mama) podrían ponerse en relación con las alteraciones en las rutinas cotidianas y con las alteraciones en el estado emocional. No obstante, a la luz de los resultados obtenidos, parece que esto no es suficiente para dar cuenta de las mismas. Por ello, no se debe perder de vista como las características sociodemográficas y las condiciones de vida de los pacientes (contexto social y sanitario) pueden haber jugado un papel facilitando el abandono progresivo de las actividades y responsabilidades y, alternativamente, el desarrollo de conductas de enfermedad. Como consecuencia se puede producir la pérdida de gratificaciones de la vida diaria del paciente lo que repercutiría en su estado emocional de forma negativa. En este sentido, los pacientes que, durante el tratamiento con quimioterapia, mantuvieron sus actividades relevantes y gratificantes parecen haber mostrado una menor tendencia a presentar alteraciones en su estado emocional, que, por otro lado, se ha visto bastante conservado en comparación con lo descrito por la literatura.

Parece que, en general, los pacientes del GE, mostraron un compromiso con su vida en relación a actuar conforme a las cosas valiosas e importantes para ellos y reconocieron el efecto positivo que esto tuvo en su estado de ánimo. Estos resultados parecen sugerir el interés de los objetivos y la especificidad de los procedimientos de una intervención centrada en la activación conductual, aunque sin olvidar diferentes matices y limitaciones, ya expuestas, que obligarían a seguir investigando en esta línea.

En relación a los pacientes de cáncer de pulmón, parecería razonable sostener la adecuación de la intervención psicológica, al menos, en cuanto al incremento de actividades gratificantes y relevantes de la vida del paciente. No obstante, es necesario tener en cuenta, por un lado, que la disponibilidad del paciente para aumentar la actividad es mejor si su estado físico lo permite y, en este sentido, la quimioterapia con los enfermos de cáncer de pulmón podría haber jugado un papel facilitador, aunque insuficiente. Y, por otro, el incremento de las actividades de ocio y gratificantes podría verse facilitado por el propio entorno del paciente. Las características sociodemográficas de estos pacientes y sus condiciones de vida, podrían suponer escasas responsabilidades domésticas y/o del cuidado familiar y un satisfactorio apoyo social e instrumental. Esto podría favorecer situaciones que le permitieran ocuparse en sus actividades relevantes y, a su vez, verse reducidos los comportamientos de sobreprotección de su entorno social, facilitando la recuperación del funcionamiento cotidiano de ambos.

En las pacientes de cáncer de mama, en cambio, la utilidad de la intervención psicológica parece quedar más comprometida al comparar ambos grupos (GC/GE). Sin embargo, como ya se ha expuesto los resultados han de interpretarse en función de las condiciones contextuales que explican la evolución física, emocional y la funcionalidad de estas pacientes. Por una parte, examinando a ambos grupos, el nivel de funcionamiento que se observa, probablemente se vea favorecido por un estado físico, en general, satisfactorio al

inicio de la quimioterapia. Será durante el transcurso de la misma cuando aparezcan síntomas que tengan una mayor o menor repercusión en su vida cotidiana. Además, las características sociodemográficas de estas pacientes (mayoritariamente mujeres, con cargas familiares, encargadas de las tareas domésticas, etc.) explicaría la mayor probabilidad (y/o necesidad) de mantener su nivel de actividad. También, el mantenimiento del nivel de actividad podría explicar que el estado emocional evaluado no se muestre especialmente alterado, ni se haya deteriorado significativamente durante el tratamiento. En consecuencia, la ausencia general de diferencias entre los grupos más que invalidar los objetivos de la activación conductual, podría ponerlos de manifiesto. Por otra parte, es cierto que, al comparar ambos grupos y al estudiar descriptivamente y estadísticamente al GE, se han observado ciertas diferencias que indicarían la necesidad de indagar las características que deberían reunir estas pacientes o la intervención psicológica para mostrarse más adecuada. Así, en este sentido se ha visto como, en general, la evolución de las pacientes del GE que completan la intervención psicológica se muestra favorable en relación a los objetivos de la misma. Además, y teniendo en cuenta sus condiciones de vida, no se puede desechar la adecuación de la intervención, puesto que se observan efectos positivos, al menos en algunas pacientes. En concreto, no sólo en aquellas cuyas condiciones favorecen el desarrollo de los objetivos sino, también, en algunas en las que suponen importantes obstáculos para ello. No obstante, se señalan las limitaciones que para con otras supone el protocolo de intervención. Por ello, no se olvida la obligación de indagar y valorar su adecuación para éstas o ajustarla a sus peculiaridades de manera que pueda mostrarse eficaz.

En general, el protocolo de intervención mostró su adecuación para la recuperación, mantenimiento e incremento de los distintos ámbitos de la vida del paciente. Si bien, se mostró menos eficaz en otros aspectos, en concreto, en aquellos relacionados con la aceptación de la situación de enfermedad y, especialmente, a la hora de ver sus resultados fuera del contexto terapéutico. Además, también se observa la pérdida del posible efecto de la intervención psicológica en los seguimientos realizados a los pacientes quedando así comprometida su valor a medio-largo plazo.

Por tanto, se plantea la necesidad de examinar las carencias que este diseño de intervención pudiera presentar para ser idóneo en estos pacientes (número de sesiones, periodicidad, duración, etc.). Se ha de tener en cuenta como la AC ha sido probada en casos clínicos de depresión y, en este trabajo su aplicación se plantea como modelo de intervención contextual para el tratamiento/prevención de los trastornos psicológicos, actuando precisamente sobre la función que mantienen los comportamientos del paciente oncológico en relación a su enfermedad. Por ello, aunque se discute su adecuación y su utilidad, como procedimiento terapéutico, se destaca su posible efecto como un estilo de afrontamiento alternativo y eficaz al estilo de afrontamiento de enfermedad ("rol de enfermo"), presente en muchos de estos pacientes y, en ocasiones, modelado y mantenido por el entorno médico y social.

## 10. SESGOS Y LIMITACIONES

---

Como se ha venido reflejando a lo largo de la exposición del trabajo, durante su desarrollo se han encontrado distintas limitaciones que dificultan establecer conclusiones firmes con respecto a los resultados obtenidos.

Las variables recogidas a lo largo de las sesiones, mediante entrevista semiestructurada, pruebas estandarizadas (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, Zigmond y Snaith, 1983); Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (Aronson et al., 1993) y módulos específicos (BR-23, Sprangers et al., 1996; LC-13, Bergman et al., 1994), Informe familiar y registros de actividad (exclusivos del grupo experimental), han permitido la obtención de información valiosa sobre distintos aspectos en relación a los efectos del tratamiento y la enfermedad (síntomas), estado emocional, y su repercusión en los distintos ámbitos de la vida del paciente (cuidado personal, laboral, ocio, familiar, pareja, sexual, amistad y emocional). No obstante, se observa cierta falta de fiabilidad de la información recogida en algunas variables. En relación a la entrevista semiestructurada, señalar que para el registro de los síntomas y el estado emocional se ha empleado un criterio de frecuencia e intensidad. Esto ha sido así, porque se entiende que estos síntomas pueden afectar de modo distinto a la vida cotidiana de los pacientes y, por tanto, un criterio de todo/nada (padecer/no padecer) sería insuficiente. Lo mismo ocurre con el registro de la funcionalidad del paciente en las diferentes áreas de su vida, donde se ha querido detallar no sólo si la mantiene o no, sino también, si es inexistente o si se ha debilitado. Esta forma de recogida, aunque más descriptiva en relación a la experiencia de los síntomas, emociones y funcionalidad ha supuesto diferentes inconvenientes. Por un lado, se observa que algunos pacientes presentan dificultades a la hora de diferenciar y proporcionar una información precisa en lo que respecta a la frecuencia e intensidad. Por otro lado, esta forma de recogida sólo ha permitido realizar una descripción de la situación en cada grupo (GC/GE), impidiendo la realización de análisis estadísticos robustos. Así, el criterio frecuencia/intensidad o grado de mantenimiento de actividad hace que los sujetos se distribuyan dentro de los diferentes niveles del criterio, suponiendo en muchos casos menos de 5 sujetos por valor del mismo. Incluso aunque se tratara de reducir los valores del criterio agrupando a los sujetos, por ejemplo, en dos valores 1) nada/poco/moderado y 2) bastante/mucho, se daría en algunos casos este problema, impidiendo nuevamente la realización de análisis estadísticos con garantías metodológicas. Además, la restricción de valores supondría la pérdida de la calidad descriptiva y, por tanto, la pérdida de información más detallada.

En cuanto a las pruebas estandarizadas, se observa, en algunos casos dificultades para su cumplimentación. Bien, por la dificultad en la comprensión de las mismas, bien por no ajustarse adecuadamente a las particularidades de la muestra en el momento de medida correspondiente. Esto, unido a las características de respuesta de algunas de ellas, en concreto, el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (ej. contestar a la pregunta sólo en el caso de existir el síntoma), han supuesto la pérdida de algunos datos, comprometiendo la potencia de las pruebas estadísticas utilizadas. Todo ello, pone de manifiesto la necesidad de

plantear otras formas de recogida de información que permitan superar estos obstáculos garantizando una mayor fiabilidad.

Con respecto a los autorregistros empleados en el GE, la falta de adherencia de los pacientes a los mismos obstaculizó en varias ocasiones la descripción e identificación de las conductas en sus contextos y las condiciones responsables de su mantenimiento. Esto, supuso una dificultad añadida para el desarrollo adecuado de los objetivos de la intervención orientados a ello.

En relación a la estructura de las sesiones de intervención, éstas han sido integradas en la rutina del tratamiento de quimioterapia con el objetivo de provocar el menor impacto sobre la vida cotidiana del paciente. Si bien, y tras la realización de análisis previos de la muestra así como mediante el estudio de casos, el número de sesiones así como su periodicidad ha podido resultar escaso para mostrar cambios objetivo de la intervención, al menos para algunos de los pacientes

Además, ha habido una importante pérdida de pacientes a lo largo del tratamiento y los seguimientos. Las peculiaridades de la muestra de estudio, en relación a fallecimientos o abandonos por la progresión de la enfermedad, los abandonos voluntarios, por otro lado esperables en cualquier investigación y, el propio ritmo asistencial del servicio, han sido los principales motivos de ello. Esta pérdida de sujetos a lo largo de las sesiones ha supuesto la pérdida de datos, obstaculizando la realización de determinados análisis estadísticos, y el uso de los datos provenientes de todos los seguimientos realizados. Por ello, los análisis seleccionados y aplicados han tratado de adecuarse a esta problemática ajustándose a la muestra disponible en cada momento, y teniendo en cuenta que ambos grupos (GC y GE) han resultado equiparables en las variables estudiadas y representativos. A pesar de ello, y aunque el tamaño inicial de los grupos sería suficiente para garantizar un adecuado control estadístico de los datos, esta pérdida repercute en la potencia de los análisis realizados y obliga a ser cautos en los resultados hallados.

Por último señalar, como a pesar de que el GC no fue sometido a intervención psicológica específica, sí estuvo en contacto periódico con una psicóloga. Esto, lejos de ser inocuo, podría suponer una situación de expresión de emociones y, por tanto, tener un posible efecto terapéutico que mediara en las posibles diferencias entre ambos grupos (GC/GE). No obstante, y precisamente por ello, se plantea cómo este procedimiento no sólo ofrecería garantías éticas como grupo control, sino que proporcionaría un valor añadido a los resultados del grupo de activación, permitiendo descartar que los potenciales efectos de la activación puedan atribuirse a la atención dispensada.

## 11. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

---

Puesto que lo expuesto hasta ahora debe ser tomado con precaución y como hipótesis previas debido a las limitaciones ya comentadas (pérdida de muestra a lo largo del tratamiento, la cuestionable fiabilidad de la información recogida en algunas variables, escasa adherencia de los pacientes a los autorregistros, la posible inadecuación del número de sesiones), sería necesario abrir líneas de investigación que pusieran a prueba estas hipótesis solventando en la mayor medida posible estos obstáculos. Así, sería necesario determinar las características de los pacientes que harían idónea la intervención y, alternativamente, las peculiaridades de la intervención que podrían mejorar la eficacia de la misma tanto con los pacientes de cáncer de pulmón y, más en particular de cáncer de mama. Sería necesario analizar el número de sesiones, periodicidad y duración más adecuado, así como determinar la duración del efecto de la misma. Mejorar la fiabilidad de la recogida de información, en cuanto a modo y contenido. Así como estudiar la falta de adherencia a la terapia y a sus características. Además, se valora la necesidad de llevar a cabo análisis estadísticos que permitan abordar el problema que plantea la pérdida de datos por la alta mortandad experimental natural de estos pacientes, así como estudiar las características de aquellos pacientes que abandonan voluntariamente la investigación en algún punto de la misma, con el fin de obtener más información, más precisa y obtener un conocimiento más exhaustivo de la muestra. Todo ello podría repercutir en la obtención de conclusiones que pudieran arrojar más luz a los resultados aquí obtenidos.

En definitiva, y teniendo en cuenta todas estas cuestiones, parece que la Activación Conductual como estrategia de actuación en el contexto sanitario podría contribuir a mejorar la calidad de vida y el estado emocional del paciente oncológico. En todo caso, han de evaluarse las peculiaridades de los pacientes y la intervención que harían eficaz, efectivo y eficiente este tratamiento psicológico.



## 12. CONCLUSIONES

---

Partiendo de los objetivos de este trabajo y teniendo en cuenta la muestra de estudio, parecen obtenerse datos que sugieren la eficacia de la AC para la promoción de la calidad de vida y el mantenimiento del ajuste emocional y de la funcionalidad cotidiana de los pacientes del GE en relación a los pacientes del GC. Aún cuando se ha visto cómo la enfermedad y el tratamiento oncológico han podido suponer dificultades, en relación a problemas físicos, alteraciones emocionales y en el nivel de funcionamiento cotidiano, se han apreciado cambios en la dirección de los objetivos de la intervención que sugieren una mejor evolución del GE. En este sentido, cuando el afrontamiento de la situación de enfermedad por parte del paciente y/o su entorno, supuso el abandono de responsabilidades y actividades y la pérdida de gratificaciones de la vida diaria, la intervención centrada en las necesidades, objetivos y valores del paciente logró la recuperación/mantenimiento de las rutinas cotidianas, acompañado muchas veces de una evolución física favorable, un mejor estado emocional y valoraciones de calidad de vida más positivas.

A pesar de todo ello, trabajar con dos muestras de pacientes distintas, pacientes con cáncer de mama y pacientes con cáncer de pulmón, ha arrojado resultados que indicaría ciertos matices a la hora de explicarlos. Así parece que las condiciones de vida de ambas muestras, suponen características generales distintas, ya expuestas, que podrían estar mediando en la posible eficacia de la intervención psicológica. En relación a los enfermos con cáncer de pulmón, se han observado cambios estadísticamente significativos que indicarían la mejor evolución y calidad de vida de los pacientes del GE, sugiriendo la utilidad de la intervención psicológica. Aunque parece que la quimioterapia, por su efecto positivo inicial en la sintomatología de los pacientes, ha podido jugar un papel facilitador en la recuperación/mantenimiento de la actividad, así como, del estado emocional, no parecería suficiente para explicar el mejor estado del GE. Parece razonable atribuir a la consecución de los objetivos de la intervención psicológica, al menos en parte, el incremento de actividades relevantes y gratificantes, la mejora del estado emocional y, por consiguiente, el mantenimiento de la calidad de vida del paciente. En cambio, en las pacientes con cáncer de mama, al tomarlas en conjunto, parece que la utilidad de la intervención ha quedado comprometida. Esto parece así, por la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos e incluso el aparente peor estado del GE. Si bien, tal como ya se expuso, existen condiciones de vida que podrían explicar la evolución física, emocional y la funcionalidad de estas pacientes, que a su vez podrían estar interfiriendo en la consecución de los objetivos de la intervención, al menos, tal como han sido planteados en este trabajo. Si bien, esta ausencia de diferencias en la muestra, no puede restar peso a las diferencias clínicas observadas al estudiar a las pacientes que finalizaron la intervención. Así, el estudio de los casos, parece establecer logros que permitirían hablar del efecto positivo de la intervención psicológica en el GE, poniendo de relieve su adecuación para estas pacientes.

En relación al estudio de casos, teniendo en cuenta los pacientes que finalizaron la intervención psicológica, se pone de manifiesto la consecución de los objetivos hacia los que fue orientada. En relación a la recuperación/incremento de las actividades relevantes y gratificantes, se observa una tendencia a restablecerlas a lo largo de las sesiones de intervención, con la eliminación de conductas de enfermedad y alternativamente la activación de comportamientos saludables. Con respecto a la eliminación de los patrones de evitación experiencial, aunque con escasa presencia en estos pacientes, y aunque se logra su reconocimiento y eliminación en muchos casos, este efecto parece ser poco duradero en el tiempo, mostrándose la intervención, tal y como se ha implementado, menos eficaz para este objetivo.

En definitiva, para ambos grupos, y teniendo en cuenta las limitaciones de este trabajo (pérdida de muestra, dificultad de generalización...) el efecto de la intervención psicológica en la promoción de la calidad de vida y en el ajuste emocional, se pondría en relación con el mantenimiento/recuperación del nivel de funcionamiento cotidiano de los pacientes. Sin embargo, no se puede olvidar como las características y condiciones de vida de los pacientes han mostrado, como no podría ser de otro modo, un papel fundamental a la hora de establecer la eficacia de la intervención psicológica. Esto, evidencia la necesidad de evaluar las características y condiciones de los pacientes que se beneficiarían de una intervención psicológica, así como, establecer los objetivos y procedimiento de intervención idóneo. Así mismo, se pone de manifiesto la importancia del diseño de intervenciones N=1, donde lo fundamental pasa por el ajuste de la mismas a las necesidades y objetivos personales de los pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 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(5), 365-376.
- 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 Researchs*, 111,231-249.
- Addis, M.E. y Martell, C.R. (2004). *Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back*. New York: New Harbinger Press.
- Allison, H., Gripton, J. y Rodway, M. (1983). Social works services as a component of palliative care with terminal cancer patients. *Social Work in Health Care*, 8(4), 29-44.
- Alter, C.L., Fleishman, S.B., Kornblith, A.B., Holland, J.C., Bianco, D., Levenson, R., Vinciguerra, V. y Rai, K.R.(1996). Supportive telephone intervention for patients receiving chemotherapy: a pilot study. *Psychosomatics*, 37, 425-431.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003). Cáncer. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez (Coords), *Manual de psicología de la salud* (2ª edición) (pp.195-209). Madrid: Pirámide.
- Andersen, B.L., Thornton, L.M., Shapiro, C.L., Farrar, W.B., Mundy, B.L., Yang, H.C. y Carson III, W.E. (2010). Biobehavioral, immune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants. *Clinical Cancer Research*, 16(12), 3270-3278
- Andersen, B. L., Yang, H., Farrar, W.B, Golden-Kreutz, D.M., Emery, C.F., Thornton, L.M., Young, D.C. y Carson III, W.E. (2008). Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients. *Cancer*, 113(12), 3450-3458.
- Anderson, N. y Armstead, C. (1995). Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.
- Andrés Solana, C. (2006). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28(3), 51-57.
- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Milne, D., Yates, P. y Faulkner, R. (2006). Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomised controlled trial. *British Journal of Cancer*, 95, 667-673.

- Armes, J., Chalder, T., Addington-Hall, J., Richardson, A. y Hotopf, M. (2007). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief behaviorally oriented intervention for cancer-related fatigue. *Cancer*, 6, 1385-1395.
- Arrarás, J.I., Arias de la Vega, F., Illarramendi, J.J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M.A. y Vera, R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 9-20.
- Arrarás, J.I., Dueñas, T., Meiriño, R., Prujá, E., Villafranca, E. y Valerdi, J.J. (1998). La Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21(1), 47-53.
- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1993). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología y Salud*, 7, 13-33.
- Badger, T.A., Braden, C.J. y Mishel, M.H. (2001). Depression, burden, self-help interventions, and size effects in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology nursing Forum*, 28, 567-574.
- Badger, T.A., Braden, C.J., Mishel, M.H. y Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Research in Nursing and Health*, 27(1), 19-28.
- Badger, T.A., Segrin, C., Figueredo, A.J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A. y Bishop, M. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research*, 20(6), 833-844.
- Baider, L., Amikan, J., Kaplan De-Nour, A. (1984). Time-limited thematic group with post-mastectomy patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(4), 323-330.
- Baider, L. y Kaplan-de-Nour, A. (1997). Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *Journal of the Nervous and Mental Disease*, 185(5), 346-348.
- Baider, L., Uziely, B. y Kaplan-De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 340-347.
- Banks, E., Byles, J.E., Gibson, R.E., Rodgers, B., Latz, I.K., Robinson, I.A., Williamson, A.B., Jorm, L.R. (2010). Is psychological distress in people living with cancer related to the fact of diagnosis, current treatment or level disability? Findings from a large Australian study. *The Medical Journal of Australia*, 6, 193 (5 Suppl), 62-67.

- Banthia, R., Malcarne, V.L., Ko, C.M., Varni, J.W. y Sadler, G.R. (2009). Fatigued breast cancer survivors: the role of sleep quality, depressed mood, stage and age. *Psychology & Health, 24*(8), 965-80.
- Barsevick, A.M., Sweeney, C., Haney, E. y Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational intervention for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 29*(1), 73-86.
- Beaver, K. y Booth, K. (2002). Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynecological, breast, and colorectal cancer. *European Journal Oncology Nursing, 11*, 409-416.
- Berger, A.M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 25*, 51-61.
- Bergman, B., Aaronson, N.K., Ahmezda, S., Kaasa, S. y Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. *European Journal of Cancer, 30*(5), 635-642.
- Bertero, C., Chamberlain Wilmoth, M. (2007). Breast Cancer Diagnosis and Its Treatment Affecting the Self. *Cancer Nursing, 30*(3), 194-202.
- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzone, R., Nappi, R.E. y Sismond, P. (2010). Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *The Journal of sexual medicine, 7*(5), 1891-1900.
- Bindermann, S., Soukop, M. y Kaye, S.B. (1991). Randomised controlled study of relaxation training. *European Journal of Cancer, 27*(2), 170-174.
- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J.M. y Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer, 35* (11), 1581-1586.
- Blesch, K.C., Paice, J.A., Wickham, R., Harte, N., Schnoor, D.K., Purl, S., Rehwalt, M., Kopp, P.L., Manson, S., Coveny, S.B. (1991). Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. *Oncology Nursing Forum, 18*, 81-87.
- Bloch, S. y Kissane, D. (2000). Psychotherapies in psycho-oncology. An exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry, 177*, 112-116.
- Bloeche, C., Izbicki, J.R., Knoefel, W.T., Kuechler, T. y Broelsch, C.E. (1995). Quality of life in chronic pancreatitis--results after duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. *Pancreas, 11*(1), 77-85.
- Bloom, J.R. (1987). Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study. *Cancer, 59*, 196-198.

- Bloom, J.R., Ross, R.D. y Burnell, G. (1978). The effect of social support on patient adjustment after breast surgery. *Patient Counselling and Health Education*, 1(2), 50-59.
- Bjordal, K. y Kaasa, S. (1992). Psychometric validation of the EORTC Core Quality of Life Questionnaire, 30-item version and a diagnosis-specific module for head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*. 31(3), 311-321.
- Bjordal, K., Kaasa, S. y Masterkaasa, A. (1994). Quality of life in patients treated for head and neck cancer: a follow-up study 7 to 11 years after radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 28(4), 847-56.
- Borneman, T., Kocywas, M., Sun, V.C., Piper, B.F., Uman, G. y Ferrel, B. (2010) Reducing patient barriers to pain and fatigue management. *Journal of Pain Symptom Management*, 39(3), 486-501.
- Borneman, T., Piper, B.F, Kocywas, M., Munevar, C.M., Sun, V.C., Uman, G.C. y Ferrel, B.R. (2012). A qualitative analysis of cancer-related in ambulatory oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 26-32.
- Borràs, J.M., Bosch, F.X. y González, C.A. (2009). Epidemiología del cáncer humano. En H. Cortés-Funés y R. Colomer (Edts.), *Tratado de Oncología* (pp. 327- 342). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Bower, J.E. (2008). Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(5), 768-777.
- Bower, J.E. Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. y Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-753.
- 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. *Psychosomatics*, 50, 383-91.
- Broeckel, J.A., Jacobsen, P.B., Horton, J., Balducci, L. y Lyman, G.H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(5), 1689-1696.
- Budin, W.C., Noll, C., Haber, J., Witt, D., Maislin, G., Cater, J.R., Cartwright-Alcares, F., Ortu, M., Beyer, C., Fuerbach, R. y Shukla, S. (2008). Education counseling and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 57(3), 199-213.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330(7493), 702.

- Burish, T.G. y Lyles, J.N. (1981). Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 65-78.
- Burton, M., Parker, R., Farrell, A., Bailey, D., Conneely, J., Booth, S. y Elcombe, S. (1995). A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology*, 4, 1-19.
- Byar, K.L. Berger, A.M., Bakken, S.L., Cetak, M.A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 18-26.
- Cain, E. Kohorn, E. Quinlan, D. Latimer, K. y Schwartz, E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57, 183-189.
- Capone, M.A., Good, R.S., Westie, K.S. y Jacobson, A.F. (1980). Psychosocial rehabilitation of gynecologic cancer patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61(3), 128-132.
- Capozzo, M.A., Martinis, E., Pellis, G. y Giraldi, T. (2010). An early structured psychoeducational intervention in patients with breast cancer: results from a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(3), 228-234.
- Carlsen, K., Jensen, A.B., Jacobsen, E., Krasnik, M. y Johansen, C. (2005). Psychological aspects of lung cancer. *Lung Cancer*, 47, 293-300.
- Carlson, L.E., Gro, S.L., Maciejewski, O. y Bultz, B.D. (2010). Screening for Distress in Lung and Breast Cancer Outpatients: A Randomized Controlled Trial. *Journal Clinical of Oncology*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20940193>.
- Cella, D. y Fallowfield, L. (2008). Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 107, 167-180.
- Cella, D., Mahon, S. y Donovan, M. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, 16(1), 15-22.
- Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer nursing*, 22, 185-194.
- Chen, E., Zelter, L., Craske, M. y Katz, E. (1999). Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 481-490.
- Chien, L.Y., Liou, Y.M. y Chang, P. (2011). Low defecation frequency in Taiwanese adolescents: association with dietary intake, physical activity and sedentary behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(6), 381-386.



- Chujo, M., Mikami, I., Takashima, A., Saeki, T., Ohsumi, S., Aogi, K. y Okamura, H. (2005). A feasibility study of psychosocial group intervention for breast cancer patients with first recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 13, 505-514.
- Classen, C., Butler, L.D., Koopman, Ch., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemer, H.C. Y Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of Geneneral Psychiatry*, 58 (5), 494-501.
- Classen, C., Diamond, S., Soleman, A. et al. (1993). *Brief supportive-expressive group therapy for women with primary breast cancer: a treatment manual*. Psychosocial Treatment Laboratory, Breast Cancer Intervention Projekt Stanford. Stanford University School of Medicine.
- Clayton, J., Butow, P., Arnold, R. y Tattersall, M. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 13(8), 589-599
- Clotfelter, C.E. (1999). The effect of an educational intervention on decreasing pain intensity in elderly people with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26, 27-33.
- 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.
- Coleman, E.A., Goodwin, J.A., Coon, S.K., Richards, K., Enderlin, C., Kennedy, R., Stewart, C.B., McNatt, P., Lockhart, K., Anaissie, E.J. y Barloque, B. (2011). Fatigue, sleep, pain, mood, and performance status in patients with multiple myeloma. *Cancer Nursing*, 34(3), 219-227.
- Conner, S.R. (1992). Denial in terminal illness: to intervene or not intervene. *The Hospice Journal*, 8(4), 1-15.
- Constanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F. y Roman, S.L. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer*, 97, 1625-1631.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. (2010). *Cáncer en Asturias 2001-2004*. Oviedo.
- Cortés-Funes y Colomer, R. (Eds.). (2009). *Tratado de Oncología*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Coyne, J.C. y Lepore, S.J. (2006). Rebuttal: The black swan fallacy in evaluating psychological interventions for distress in cancer patients. *Annals of Behavior Medicine*, 32(2), 115-118.

- Coyne, J.C., Lepore, S.J. y Palmer, S.C. (2006). Efficacy of psychosocial interventions in cancer care: evidence is weaker than it first looks. *Annals of Behavior Medicine*, 32(2), 104-110.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S. y Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166
- Cunningham, A.J., Edmonds, C.V.I., Jenkins, G.P., Pollack, H., Lockwood, G.A. y Warr, D. (1998). A randomized controlled trial of the effects of group psychosocial therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-oncology*, 7, 508-517.
- Cunningham, A.J. y Tocco, E.K. (1989). A randomized trial of group psycho-educational therapy for cancer patients. *Patient, Education and Counseling*, 14, 101-114.
- Curt, G.A. (2000). The impact of fatigue on patients with cancer: overview of FATIGUE 1 and 2. *Oncologist*, 5 (Suppl 2), 9-12.
- Cwikel, J.G. y Behar, L.C. (1999). Social work with adult cancer patients: a vote-count review of intervention research. *Social Work in Health Care*, 29(2), 39-67.
- Daniels, J. y Kissane, D.W.S. (2008). Psychosocial interventions for cancer patients. *Current Opinion in Cancers*, 20, 367-371.
- Davis, H. (1986). Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer. *Psychological Reports*, 59, 967-974.
- Dawes, D.J., Meterissian, S., Goldberg, M. y Maayo, N. E. (2008). Impact of lymphoedema on arm function and health-related quality of life in women following breast cancer surgery. *Journal Rehabilitation Medicine*, 40, 651-658.
- 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.
- Devine, E.C. y Westlake, S.K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncology Nursing Forum*, 22, 1369- 1381.
- DeVita, V.T., Lawrence, T.S. y Rosenberg, S. A (2008). *Cancer principles and practice of oncology*, 8<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- da Silva, G. y do Santos, M.A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(4), 688-695.
- de Witt, R., vanDan, F., Zandbelt, L., vanBuuren, A., van der, H., Leenhouts, G. y Loonstra, S. (1997). A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomized controlled trial. *Pain*, 73, 55-69.

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dodd, M.J., Miaskokowski, C. y Paul, S.M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 28* (3), 465-470.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A.L., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., Hardy, P. Y Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a group a randomized French study. *Psycho-Oncology, 18*(6), 647-656.
- Dujits, S.F., Faber, M.M., Oldenburg, H.S., van Beurden, M. y Aaronson, N.K. (2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology, 20*(2), 115-126.
- Durá, E. e Ibañez, E. (1991). The psychosocial effects of an information program involving Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*(2), 45-65.
- Edelman, S., Bell, D., Kidman, A. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 8*, 295-307.
- Edelman, S., Lemon, J., Bell, D., Kidman, A. (1999). Effect of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 8*, 474-481.
- Edgar, L.N., Rosberg, Z. y Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis: assessment and intervention. *Cancer, 69*(3), 817-828.
- Edmonds, C., Lockwood, G. y Cunningham, A. (1999). Psychological response to long term group therapy: a randomized clinical trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 8*, 74-91.
- Efficace, F., Biganzoli, L., Piccart, M. J., Coens, C., Van Steen, K., Cufier, 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.
- Ernstamnn, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M. y Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Supportive Care in Cancer, 17*(11), 1417-1423.
- 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*(1), 43-57.
- Fallowfield, L. (2008). Treatment decision-making in breast cancer: the patient-doctor relationship. *Breast Cancer Research and Treatment, 112*, 5-13.

- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet*, 363, 312- 319.
- Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2006). Current concepts of communication skills training in oncology. *Recent Results in Cancer Research*, 168, 105-112.
- Fallowfield, L., Ratcliff, D., Jenkins, V., Saul, J.(2001) Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*, 84, 1011-1015.
- Fawcy, F.I. (1995). A short-term psychoeducational intervention for patients newly diagnosed with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 3(4), 235-238.
- Fawcy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1559-1564.
- Fawcy, F.I., Cousins, N., Fawcy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. y Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 4 (8), 720-725.
- Fawcy, F.I., Fawcy, N.W., Arndt, L.A., Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 100-113.
- Fawzy, I.F., Fawzy, N.W., Hyun, Ch.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. y Morton, D.L. (1993). Malignant Melanoma. Effects of an early structured psychiatric Interventions, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Feitch, R.E., Rosenfeld, B., Tallamy, B., Cairo, M.S. y Sands, S.A. (2010). Concordance of quality of life assessments following pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*, 19, 710-717.
- Ferlic, M., Goldman, A. y Kennedy, B.J. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43, 760-766.
- 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.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R. y Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 371-381.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Fernández, R. y Peláez, I. (2012). Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. *Medicina Paliativa*, En prensa.

- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J. M., Fernández, R., Peláez, I. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., Duval, K. y Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(2), 145-159.
- Fischer, D.J., Villines, D., Kim, Y.O., Epstein, J.B. y WilkeiD.J. (2010). Anxiety and depression and pain: differences bny primary cancer. *Sipportive Care in Cancer*, 18(7), 801-810.
- Fogarty, L., Curbow, B., Wingard, J., McDonnell, K. y Somerffield, M. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371-379.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. y Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting Clininical Psychology*, 78(1), 72-79.
- Font, A. (2009). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M. Pérez, J. R. Hermida, C. Fernández, I. Amigo (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 57-92). Madrid: Pirámide
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 423-446.
- Forester, B., Kornfeld, D.S., Fleiss, J.L. y Thompson, S. (1993). Group psychotherapy during radiotherapy. Effects on emotional and physical distress. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1700-1706.
- Fors, E. A., Bertheussen, G.F., Thune, I, Juvet, L.K., Elvsaas, I.K., Oldervoll, L., Anker, G., Falkmer, U., Lundgren, S. y Leivseth, G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cáncer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psychooncology*, 20(9), 909-918.
- Fossa, S.D., Aaronson, N.K. Newling, D., Van Cangh, P.J., Denis, L., Kurth, K.H. y de Pauw, M. (1990). Quality of life and treatment of hormone resistant metastatic prostatic cancer. The EORTC Genito-Urinary Group. *European Journal of Cancer*, 26(11-12), 1133-1136.
- Fuentes, S. y Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51-60.
- Ganz, P. (2008). Psychological and social aspects of breast cáncer. *Oncology*, 22(6), 642-653.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowit, B.E. y Belin, T.R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.

- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E. y Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- García-Fabregat, L. (1998). Bioterapia: Inmunoterapia, hormonoterapia y factores de crecimiento hematopoyético. En J.A. Álvarez-Rodríguez (coord.), *El cáncer, proceso oncológico integral* (pp. 399-408). León: Imprenta Moderna.
- Garssen, B., Boomsma, M.F., de Jager Meezenbroek, E., Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., Visser, A., Meijer, S. y Beelen, R.H. (2012). Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology*, *In press*.
- Gellert, G.A., Maxwell, R.M., y Siegel, B.S. (1993). Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: A 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11(1), 66-69.
- Given, B., Given, C., McCorkle, R., Kozachik, S., Cimprich, B., Rahbar, M., Wojcik, C. (2002). Pain and fatigue management: results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), 949-956.
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., Galecki, A., Kozachik, S., Brady A., Fisher-Malloy, M.J., Courtney, K. y Bowie, E. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 22(3), 507-516.
- Gordon, W.A., Freidenbergs, I., Diller, L., Hibbard, M., Wolf, C., Levine, L., Lipkins, R., Esrachi, O. y Lucido, D. (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 743-759
- Green, C.R., Hart-Johson, T. y Loeffler, D.R. (2011). Cancer-related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. *Cancer*, 117(9), 1994-2003.
- Greer, S., Moorey, S., Barauch, J.D.R., Watson, M., Rowden, L., Law, M.G. y Bliss, J.M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *British Medical Journal*, 301, 675-680.
- Griffiths, J., Ewing, G. y Rogers, M. (2010). "Moving swiftly on". Psychological support provided by didtrict nurses to patients with palliative care needs. *Cancer Nursing*, 33(5), 390-397.
- Groenvold, M., Klee, M.C., Sprangers, M.A. y Aaronson, N.K. (1997). Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(4), 441-450.
- Groenvold, M., Fayers, P.M., Sprangers, M.A., Bjorner, J.B.; Klee, M.C., Aaronson, N.K., Bech, P. y Mouridsen, H.T. (1999). Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: a valid comparison? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(6), 523-530.

- 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 Treatment*, 105, 209-219.
- Gruber, B., Hersh, S. Hall, N., Waletzky, L., Kunz, J., Carpenter, J., Kverno, K. y Weiss, S. (1993). Immunological responses of breast cancer patient to behavioral interventions. *Biofeedback and self-regulation*, 18(1), 1-22.
- Gudbergsson, S.B., Fossa, S.D. y Dahl, A.A. (2008). A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO study. *Supportive Care in Cancer*, 16(10), 1163-1171.
- Gudbergsson, S.B., Torp, S., Flotten, T., Fossa, S.D., Nielsen, R. y Dahl, A.A. (2011). A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment. *Acta oncologica*, 50(3), 381-389.
- Gupta, D., Lis, C.G. y Grutsch, J.F. (2007). The relationship between cancer-related fatigue and patient satisfaction with quality of life in cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 40-47.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and ThirdWave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Follette, W.C. y Follette, V.M. (1995). Behavior Therapy: A contextual approach. En A.S Gurman y S.B. Messer (Eds), *Essential Psychotherapies: Theory and practice*. The Guilford Press.
- Hansen, F. y Sawatzky, J.V. (2008). Stress in patients with lung cancer: a human response to illness. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 217-223.
- Hartving, P., Aulin, J., Hugerth, M., Wallenberg, S. y Wagenins, G. (2006). Fatigue in cancer patients treated with citotoxic drugs. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 12 (3), 155-164.
- Herrman, C. (1996). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hickock, J.T., Roscoe, J.A., Morrow, G.R., Mustian, K., Okunieff, P. y Bole, C.W. (2005). Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer*, 104, 1772-1778.
- Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M.R., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S. y Salmon, P. (2010). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychology Medicine*, 14, 1-8.
- Hladschik-Kermer, B., Kierner, K. A., Heck, U., Miksovsky, A., Reiter, B., Zoidl, H., Medicua, E., Masel, E.K. y Watzke, H.H. (2012). Patients and staff perceptions of cancer patients' quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, In press

- Holland, J.C. (1982). Psychological aspects of cancer. En J. Holland y E. Froy (eds.), *Cancer Medicine*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Holland, J.C., Rowland, J., Lebovits, A. y Rusalem, R. (1979). Reactions to cancer treatment: assessment of emotional response to adjunct radiotherapy as a guide to planned intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 347-358.
- 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 Oncológica*, 43, 53-60.
- Hong-luan, Y., Ying, L., Xue-quin, M., Rong, M., Jing-zhong, S. y Fang, P. (2007). Physiological and psychological improvements of Chinese women with breast cancer in perioperative period after brief structured psychotherapy. *Chinese Medical Journal*, 120(1), 74-76.
- Hopko, D.R., Armento, M.E., Robertson, S.M., Ryba, M.M., Carvalho, J.P., Colman, L.K., Mullane, C., Gawrysiak M., Bell, J.L., McNulty, J.K. y Lejuez, C.W. (2011). Brief behavioural activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 834-849.
- 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(2), 126-136.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. y Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J., Hopko, S.D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., McNeil, D.W. y Hopko, S.D. (1999). A brief behavioral activation treatment for depression: An adjunct to pharmacotherapy. Poster presented at the International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh, PA, Abstract published in *Bipolar Disorders*, 1, 36.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J. y Heifert, G.H. (2003). Contemporary behavioural activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C. y Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-232.



- Horton, R. (2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliative Medicine*, 16, 488-494.
- Hosaka, T., Sugiyama, Y., Hirai, K., Okuyama, T., Sugawara Y. y Nakamura, Y. (2001). Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *General hospital Psychiatry*, 23, 145-151.
- Hoskins CN, Haber J, Budin WC, Cartwright-Alcares F, Kowalski MO, Panke J y Maislin G, (2001). Breast cancer: education, counseling, and adjustment--a pilot study. *Psychological Reports*, 89(3), 677-704.
- Hoving, J.L., Broekhuizen, M.L., Frings-Dresen, M.H. (2009). Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*, 21(9), 117.
- Hughes, J. (1987). *Cancer and emotion: psychological preludes and reactions to cancer*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hürny, C., Bernhard, J., Joss, R., Willems, Y., Cavalli, F., Kiser, J., Brunner, K., Favre, S., Alberto, P., Glaus, A., et al. (1992). Feasibility of quality of life assessment in a randomized phase III trial of small cell lung cancer--a lesson from the real world--the Swiss Group for Clinical Cancer Research SAKK. *Annals of Oncology*, 3(10), 825-831.
- Hunt, R.W., Bond, M.J. y Pater, G.D. (1990). Psychological responses to cancer: a case for cancer support groups. *Community Health Studies*, 14(1), 35-38.
- Ibañez, E. y Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: planteamientos del presente, deseos de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34 (150-151), 259-290.
- Instituto de Salud Carlos III, Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer del Centro Nacional de Epidemiología. (2009). *La situación del cáncer en España 1975-2006*.
- Irigaray, P., Newby, J.A., Clapp, R., Hardell, L., Howard, V., Montagnier, L., Epstein, S. y Belpomme, D. (2007). Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomedical Pharmacotherapy*, 61(10), 640-658.
- Irvine, D., Vicent, L., Graydon, J.E., Bubela, N. y Thompson, L. (1998). The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. Comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nursing*, 17, 367-378.
- Jacobsen, P., Bovbjerg, D. y Redd, W. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12, 469-475.
- Jacobsen, P., Donovan, K., Weitzner, M. (2003). Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 229-240
- Jacobsen, P. y Stein, K. (1999). Is fatigue a long-term side effect of breast cancer treatment? *Cancer Control*, 6, 256-263.

- Jensen, A.B., Madsen, B., Andersen, P. y Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial--an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*, 29(16):2235-2238.
- Jensen, M.P., Chang, H.Y., Lai, Y.H., Syrjala, K.L., Fann, J.R. y Gralow, J.R. (2010). Pain in long-term breast cancer survivors: frequency, severity, and impact. *Pain Medicine*, 11, 1099-1106.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M., Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.
- Johnson, J. (1982). The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nursing*, 4, 117-123.
- Jonh, L.D. (2010). Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 339-347.
- Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavior Medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kanter, J., Busch, A. y Rush, L. (2009). *Activación conductual. Refuerzos positivos ante la depression*. Madrid: Alianza Editorial.
- 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.
- Kaptein, A.A., Yamaok, K., Snoei, L., Kobayashi, K., Uchida, Y., van der Kloof, W.A., Tabei, T., Kleijn, W., Koster, M., Wijnands, G., Kaajan, H., Tran, T., Inoue, K., Klink, R., Dooren-Coppens, E., Dik, H., Hayashi, F., Willems, L., Annema-Schmidt, D., Annema, J., Maat, B., van Kralingen, K., Meirink, C., Ogoshi, K., Aaronson, N., Nortier, H. y Rabe, K. (2010). Illness perceptions and quality of life in Japanese and Dutch patients with non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer*, 72(3), 384-390.
- Kramer, J.A., Curran, D., Piccart, M., de Haes, J.C., Bruning, P., Klijn, J., Van Hoorebeeck, 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
- Keefe, F.J., Ahles, T.A., Sutton, L., Dalton, J., Baucom, D., Pope, M.S., Knowles, V., McKinstry, E., Furstenberg, C., Syrjala, K., Waters, S.J., McKee, D., McBride, C., Rumble, M. y Scipio, C. (2005). Partner-guided cancer pain management at the end of life: a preliminary study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 29, 263-272.

- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of cancer*, 16, 17-25.
- Kerr, J., Engel, J., Schesinger-Raab, A., Saner, H. y Hölzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, 421-427.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G.C., Miach, P., Clarke, D.M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N y McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 12(6), 532-546.
- Kissane, D., Love, A., Hatton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D., Miach, P., Ikin, J., Ranieri, N. y Snyder, R. (2004). Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), 4255-4260.
- Kjaer, T.K., Johansen, C., Ibfelt, E., Christensen, J., Rottman, N., Hoby, M.T., Ross, L. Sevendsen, M. y Dalton, S.O. (2011). Impact of symptom burden on health related quality of life of cancer survivors in a Danish cancer rehabilitation program: A longitudinal study. *Acta Oncológica*, 50(2), 223-232.
- Koocher, G.P. y O'Malley, J.E. (1981). *The Damocles Syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E.L., Rosenberg, S., Mertz, M., Payne, D., Jane Massie, M., Holland, J.F., Wingate, P., Norton, L. y Holland, J.C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98(4), 679-689.
- Kvillermo, P. y Bränström, R. (2011). Experiences of mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 34(1), 24-31.
- Laird, B.J., Boyd, A.C., Colvin, L.A., Fallon, M.T. (2009). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology*, 18, 459-464.
- Lampic C., Wennberg, A., Schill J.E., Glimelius, B., Brodin, O. y Sjöden, P.O. (1994). Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncologica*, 33(8), 887-894.
- Landsdown, M., Martin, L. y Fallowfield, L. (2008). Patient-physician interactions during early-breast cancer treatment: results from an international online survey. *Current Medical Research and Opinion*, 24(7), 1891-1904.
- Lapid, M.I., Rummans, T.A., Brown, P.D., Frost, M.H., Johnson, M.E., Huschka, M.M., Sloan, J.A., Richardson, J.W., Hanson, J.M. y Clark, M.M. (2007). Improving the quality of life of geriatric cancer patients with structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 5, 107-114.

- Lauver, D.R., Connolly-Nelson, K. y Vang, P. (2007). Stressors and Coping Strategies Among Female Cancer Survivors After Treatments. *Cancer Nursing*, 30(2), 101-111.
- 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.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R. y Hopko, S.D. (2002). *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): a comprehensive patient guided*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J., Hopko, S.D. y McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Barta, M., Fitzgerald, S., Moscoso, M.S., Post-White, J., Jacobsen, P.B., Molinari Shelton, M., Le, N., Budhrani, P., Goodman, M., Kip, K.E. (2011). Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors. *Journal of Holistic Nursing*, 29(2), 107-117.
- Lepore, S. J. y Coyne, J. C. (2006). Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annual Behaviour Medicine*, 32(2), 85-92.
- Leon, C., Farrus, B., Rovirosa, A., Verger, E., Casas, F. y Biete, A. (1999). Terapia cognitiva y técnicas de relajación y visualización en pacientes con cáncer en tratamiento con radioterapia. *Oncología*, 22(8), 363-369.
- Lerman, C., Hanjani, P., Caputo, C., Miller, S., Delmoor, E., Nolte, S. y Engstrom, P. (1992). Telephone counseling improves adherence to colposcopy among lower-income minority women. *Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 330-333.
- Lehto, R.H. y Cimprich, B. (2009). Worry and the formation cognitive representations of illness in individuals undergoing surgery for suspected lung cancer. *Cancer Nursing*, 32(1), 2-10.
- Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., McPherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behavior: in depth interview study. *British Medical Journal*, 320, 909-913.
- Lieberman, M.A., Golant, M., Giese-Davis, J., Winzlenberg, A., Benjamin, H., Humphreys, K., Kronenwetter, C., Russo, S. y Spiegel, D. (2003). Electronic Support Groups for breast carcinoma: a clinical trial of effectiveness. *Cancer*, 97(4), 920-925.
- Lindley, C.M., Hirsch, J.D., O'Neill, C.V., Transau, M.C., Gilbert, C.S. y Osterhaus, J.T. (1992). Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. *Quality of Life Research*, 1, 331-340.
- Linn, M.W., Linn, B.S. y Harris, R. (1982). Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 1, 49(5), 1048-1055.

- Lin, C.C., Chou, P.L., Wu, S.L., Chang, Y.C. y Lai, Y.L. (2006). Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain, 122*, 271-281.
- Lloyd-Williams, M., Deniis, M. y Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine, 18*, 558-563.
- Loizzo, J.J., Peterson, J.C., Charlson, M.E., Wolf, E.J., Altemus, M., Briggs, W.M., Vahdat, L.T. y Caputo, T.A. (2010). The effect of a contemplative self-healing program on quality of life in women with breast and gynecologic cancers. *Alternative Therapies Health and Medicine, 16*(3), 30-37.
- López-roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M., Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Journal Health Psychology, 12* (2), 127-151.
- 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.
- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G. y Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(4), 509-524.
- Lyne, M.E., Coyne, P.J. y Watson, A.C. (2002). Pain management issues for cancer survivors. *Cancer Practice, 10*, 27-32.
- Malone, M.D. y Strube, M.J. y Scogin, F.R. (1988). Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. *Pain, 34*, 231-244.
- Maguire, P., Brooke, M., Tait, A., Thomas, C. y Sellwood, R. (1983). The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clinical Oncology, 9*(4), 319-324.
- Martell, C.R., Addis, M.E. y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Manganiello, A., Hoga, L.A., Reberte, L.M., Miranda, C.M., Rocha, C.A. (2011). Sexuality and quality of life breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing, 15*(2), 167-172.
- Martin Ortiz, D., Sánchez Pérez, M.J. y Sierra, J.C. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, 34-45.

- Maryam, A., Fazlollah, A., Eesa, M., Ebrahim, H. y Abbas, V.F. (2010). The effect of designed exercise programme on quality of life in women with breast cancer receiving chemotherapy. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 251-258.
- Matchim, Y., Armer, J.M., Stewart, B.R. (2011). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), 996-1016.
- McCorkle, R. y Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1, 373-378.
- McLachlan, S., Allenby, A., Mattheus, J., Wirth, A., Kissane, D., Bishop, M., Beresford, J. y Zalberg, J. (2001). Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4117-4125.
- McLachlan, S., Devins, G., Goodwin, P. (1998). Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 34(45), 510-517.
- McQuellon, R.P., Wells, M., Hoffman, S., Crave, B., Russell, G., Cruz, J. Hurt, G., Dechatelet, P., Adrykowsky, A. y Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-oncology*, 7, 207-217.
- Meneses, K.D., McNees, P., Loerzel, V.W., Su, X., Zhang, Y. and Hassey, L.A. (2007). Transition from treatment to survivorship: effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(5), 1007-1016.
- Meyerowitz, B.E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychology Bulletin*, 8, 108-131.
- Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Wyatt, G.E. y Ganz, P.A. (1999). Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(3), 237-250.
- Meyerowitz, B.E., Sparks, F.C. y Spears, I.K. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. *Cancer*, 43(5), 1613-1618.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Schummacher, K., Paul, S.M., Tripathy, D. y Koo, P. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal Clinical Oncology*, 22, 1713-1720.
- Minton, O. y Stone, P. (2008). How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Research Treatment*, 112(1), 5-13.

- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, *18*, 160-174.
- Mock, V., Frangekis, C., Davidson, N., Ropka, M.E., Pickett, M., Poniatowski, B., Stewart, K.J., Cameron, L., Zawacki, K., Podewils, L.J., Cohen, G. y McCorkle, R. (2005). Exercise manage fatigue during breast cancer treatment: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, *14*, 464-477.
- Montarezi, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, *27*(1), 27-58.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F. Y Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, *8*, 330.
- Montgomery, G.H. y Boubjerb, D.H. (2004). Pre-surgery distress and specific response expectancies predict post-surgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, *23*, 381-387.
- Montgomery, G.H., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., Birk, J.S., y Boubjerb, D.H. (2002). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal Behavior Medicine*, *26*, 153-164.
- Montel, S. (2010). Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*(4), 346-353.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J.N., and Wiemann, M. (1984). The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability an validity in a research setting. *Cancer*, *53*(9), 2002-2007.
- Morgenstern, H., Gellert, A., Walter, S., Ostgel, A. y Spiegel, B. (1984). The impact of a psychosocial support program on survival with breast cancer patient: the importance of selection bias in program evaluation. *Journal of Chronic Diseases*, *37*, 273-282.
- Morrell, J. y Pryce, J. (2005). Work and cancer: How cancer affects working lives. CancerBACUP Ashford Colour Press. Available at: <http://www.cancerbacup.org.uk/News/Press/Pressreleasesstaments/2005/45691514> (accessed 25 February 2005).
- Morrow, G.R., Asbury, R., Hammon, S., Dobkin, P., Caruso, L., Pandya, K. y Rosenthal. (1992). Comparing the effectiveness of behavioral treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting when administered bi oncologist, oncology nurses and clinical psychologists. *Health Psychology*, *11*, 250-256.

- Morrow, G.R. y Morrell, B.S. (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *The New England Journal of Medicine*, 207, 1476-1480.
- Morrow, G.R., Roscoe, J., Hickok, J., Andrews, P.R. y Matteson, S. (2002). Nausea and emesis: evidence for biobehavioral perspective. *Supportive care in Cancer*, 10, 96-105.
- Moyer, A., Sohl, S.J., Knapp-Oliver, S. y Schneider, S. (2009). Characteristics and methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatments Reviews*, 35(5), 475-484.
- Mulick, P., Landes, S. y Kanter, J. (2011). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: a review. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 23-32.
- Mulick, P. y Naugle, A. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practise*, 11, 378-387.
- Mundy, E.A., Duhamel, K.N. y Montgomery, G.H. (2003). The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8, 253-275.
- Mutrie, N., Campbell, A.M., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., Kearney, N., Walker, A., Ritchie, D. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7592), 517.
- National Institutes of Health State-of-the Science Panel. (2002). National institutes of health state-of-the-science conference statement: symptom management cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110-1117.
- Navarro, E., Limonero, J.T., Maté, J. y Gómez-Romero, M. J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7(1), 127-141.
- Nesvold, I.L., Valborg, K., Fossa, S.D. y Dahl, A.A. (2010). The relation between arm shoulder problems and quality of life cancer survivors: a cross sectional and longitudinal study. *Journal of Cancer Survivors*, 5(1), 62-72.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W. y Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H., Faddis, S. y Houts, P.S. (1998). *Helping cancer patients cope: a problem-solving approach*. Washington: American Psychological Association.



- Nidich, S.I, Fields, J.Z., Rainforth, M.V., Pomerantz, R., Cella, D., Kristeller, J., Salerno, J.W. y Schneider, R.H. (2009). A randomized controlled trial of the effects of transcendental meditation on Quality of life in older breast cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 8(3), 228-234.
- North, N., Cornbleet, M., Knowles, G. y Leonard, R. (1992). Information giving in oncology: A preliminary study of tape-recorder use. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 357-359.
- Nuhu, F.T., Odejide, O.A., Adebayo, K.O. y Yusuf, A.J. (2009). Psychological and physical effects of pain on cancer patients in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 12(1), 64-70.
- Ochoa, C., Sumalla, E.C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Imoto, S., Nakano, T., Mikami, I., Hosaka, T., Uchitomi, Y., Okamura, H., Imoto, S., Nakano, T., Mikami, I., Hosaka, T., Uchitomi, Y. (2000). Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: application of the Cancer Fatigue Scale. *Supportive Care in Cancer*, 8(3), 215-222.
- Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- 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(1), 191-206.
- Osoba, D., Aaronson, N., Zee, B., Sprangers, M. y te Velde, A. (1997). Modification of the EORTC QLQ-C30 (version 2.0) based on content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. The Study Group on Quality of Life of the EORTC and the Symptom Control and Quality of Life Committees of the NCI of Canada Clinical Trials Group. *Quality of Life Research*, 6(2):103-108.
- Osoba, D., Zee, B., Pater, J., Warr, D., Kaizer, L. y Latreille, J. (1994) Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) in patients with breast, ovarian and lung cancer. *Quality of Life Research*, 3(5), 353-64.
- Osoba, D., Zee, B., Warr, D., Latreille, J., Kaizer, L. y Pater, J. (1997). Effect of post-chemotherapy nausea and vomiting on health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 5, 307-313.
- 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 (2-3), 191-204.

- Padierna, C., Fernández, C., Pérez, M., Amigo, I., González, A.M., Gracia, J.M., Fernández, R., Peláez, I. (2004). Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos paliativos. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(21), 15-27.
- Pallí, C., Lluch, J., y Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173.
- Parker, P.A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E.R., Wei, Q.X. y Robb, G. (2007). Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Pearman, T. (2008). Psychosocial factors in Lung Cancer: Quality of life, economic impact and survivorship implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(1), 69-80.
- Pellicer, X. (1994). Aplicaciones de la hipnosis en oncología. *Psiquis*, 15(7), 343-351.
- Penttinen, H.M., Saarto, T., Kellokumpu-Lehtinen, P., Blomqvist, C., Houvinen, R., Kautiainen, H., Järvenpää, S., Nikander, R., Idman, I., Luoto, R., Sievänen, H., Utriainen, M., Vehmanen, L., Jääskeläinen, A.S., Elme, A., Ruohola, J., Luoma, M. y Hakamies-Blomqvist, L. (2011). Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psychooncology*, 20(11), 1211-1220.
- Pérez Álvarez, M. (1996). La terapia contextual. En: M. Pérez Álvarez, *La psicoterapia desde el punto de vista conductista* (pp. 143-175). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
- Peteet, J.R. (2000). Cancer and meaning of work. *General Hospital Psychiatry*, 22, 200-205.
- Petersen, A.A., Larsen, H., Pedersen, L., Sonne, N. y Groenvold, M. (2006). Assessing health-related quality of life in palliative care: comparing patient and physician assessments. *European Journal of Cancer*, 42, 1159-1166.
- Petersen, A.A., Pedersen, L. y Groenvold, M. (2007). Does the agreement of patient and physician assessments of health related quality of life in palliative care depend on patient characteristics? *Palliative Medicine*, 21, 289-294.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Groenvold, M., Christiansen, P., Møller, S., Eriksen, J. y Sjøgren, P. (2009). Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *European Journal of Pain*, 13(5), 472-485.
- Pruitt, B., Waligora-Serafin, B., McMahon, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G., Ash, D. y Cuellar, D. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62.

- Quesada, J.R., Talpaz, M., Ríos, A., Kurzrock, R. y Gutterman, J.V. (1986). Clinical toxicity of interferons in cancer patients: a review. *Journal of Clinical Oncology*, 4, 234-243.
- Rapkin, D., Strawbing, M. y Holroyd, J.C. (1991). Guided imagery, hypnosis and recovery from head and neck cancer surgery: an exploratory study. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(4), 215-226.
- Ream, E. y Richardson, A. (1996). The role of information in patients adaption to chemotherapy and radiotherapy: a review of the literature. *European Journal Cancer Care*, 5, 132-138.
- Redd, W.H., Andresen, G.V. y Minagawa, R.Y. (1982). Hypnotic control, of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 14-19.
- Redd, WH., Montgomery, G.H. y DuHamel, K.N. (2001). Behavioral interventions for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11), 810-823.
- Redd, W.H., Jacobsen, P.B., Die-Trill, M., Dermatis, H., McEvoy, M. y Holland, J.C. (1987). Cognitive attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 391-395.
- Rees, C.E. y Bath, P.A. (2001). Information-seeking behaviors of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 899-907.
- Rhondali, W., Perceau, E., Berthiller, J., Saltel, P., Trillet-Lenoir, V., Tredan, O., Coulon, J. Bruera, E. y Marilene, F. (2012). Frequency of depression among oncology outpatients and association with other symptoms. *Supportive Care in Cancer*, 17, In press.
- Ridner, S.H., Dietrich, M.S., Kidd, N. (2011). Breast cancer treatment-related lymphedema self-care: education, practices, symptoms, and quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 19(5), 631-637
- Ridruejo, P. (1999). Asistencia psíquica al paciente oncológico. Cap. 12, 205-230. En E. García-Camba (ed.). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A. Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(supl.), 349-372.
- Rindgal, G.L. y Rindgal, K. (1993) . Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Quality of Life Research*, 2(2), 129-140.
- Río, M., Cano, C., Villafaña, F., Valdivia, C. (2010). Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. *Psicooncología*, 7(1), 143-152.
- Roberts, C.S., Piper, L., Denny, J. y Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health and Social Work*, 22(2), 133-141.
- Robinson, J.A. y Crawford, G.B. (2010). Do palliative patients and carers agree about patients' psychological functioning? *Palliative and Supportive Care*, 8(1), 69-74.

- Rogers L.Q., Hopkins-Price, P., Vicari, S., Markwell, S., Pamentor, R., Courneya, K.S., Hoelzer, K., Naritoku, C., Edson, B., Jones, L., Dunnington, G. y Verhulst, S. (2009). Physical activity and health outcomes three months after completing a physical activity behavior change intervention: persistent and delayed effects. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 18 (5), 1410-1418.
- Rogers, L.Q., Markwell, S.J., Courneya K.S., McAuley, E. y Verhulst, S. (2011). Physical activity type and intensity among rural breast cancer survivors: patterns and associations with fatigue and depressive symptoms. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 5(1), 54-61.
- Ross, L., Boesen, E.H., Dalton, S.O. y Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer*, 38, 1447-1457.
- Rueda, J.R., Solá, I., Pascual, A. y Subirana Casacubiarta, M. (2011). Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004282.
- Russell, K.M., Von, D.M., Giesler, R.B., Storniolo, A.M. y Haase, J.E. (2008). Quality of life of African American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(6), 36-45.
- Salonen, P., Tarkka, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Astedt-Kurki, P., Luukkssla, T. y Kaunonen, M. (2009). Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nursing*, 32 (3), 177-90.
- Sammarco, A. y Konecny, L.M. (2008). Quality of life, social support and uncertainty among latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35 (5), 844-849.
- Sandgren, A.K. y McCaul, K.D. (2007). Long-term telephone outcomes for breast cancer patents. *Psychooncology*, 16 (1), 38-47.
- Sandgren, A.K., McCaul, K.D., King, B., O'Donnell, S., Foreman G. (2000). Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(4), 683-688.
- Sankpal, U.T., Pius, H., Khan, M., Shukoor, M.I., Maliakal, P., Lee, C.M., Abdelrahim, M., Connelly, S.F. y Basha, R. (2012). Environmental factors in causing human cancers: emphasis on tumorigenesis. *Tumour Biology*, 22, In press.
- Sarenmalm, E.K., Öhlén, J., Jonsson, T. y Gaston-Johansson, F. (2007). Coping with recurrent breast cancer: predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 25-39.
- Sarenmalm, E. K., Öhlén, J., Odén, A. y Gaston-Johansson, F. (2007). Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time in postmenopausalwomen with recurrent breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(5), 497-505.

- 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.
- Savard, J., Simard, S., Guguère, I., Ivers, H., Morin, C.M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J. y Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative Supportive Care*, 4, 219-237.
- Schmitz, K. (2011). Physical activity and breast cancer survivorship. *Recent Results in Cancer Research*, 186, 189-215.
- Schnipper, H.H. (2001). Life after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(15), 3581-3584.
- Schou, I., Ekeberg, Ø. y Ruland, CM. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology*, 14, 718-727.
- Semple, C.J., Sullivan, K., Dunwoody, L., Kernoham, W.G. (2004). Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 27(6), 434-441.
- Shepherd, K.L. y Fisher, S.E. (2004). Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology*, 40, 751-757.
- Sherman D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, W., Maislin, G., Shukla, S., Cartwright-Alcares, F., McSherry, C., Feurbach, R., Kowalski, M., Rosedale, M. y Roth, A. (2012). The effect of psychoeducation and telephone counselling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-16.
- Sirgo, A., Gil, F. y Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología*, 3, 3-10.
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*, 25(6), 432-435.
- Sørensen, J.B., Klee, M., Palshof, T., Hansen, H.H. (1993). Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. *British Journal of Cancer*, 67(4), 773-775
- Spelten, E.R., Sprangers, M.A. y Verbeek, J.H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*, 11, 124-131.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J. y Yalom (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.

- Spiegel, D., Butler, L.D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Classen, C.C., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemer, H.C. (2007). Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer*, 110(5), 1130-1138.
- Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, F.P.; Mudaliar, N., Pierce, H.I., Flynn, P.J., Heard, L. y Roggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.
- Sprangers, M.A.G., Groenvold, M., Arrarás, J.I., Franklin, J., Te Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., de Haes, C. M. J., Hopwood, P., Cull, A. y Aaronson, N. K. (1996). The EORTC breast cancer specific quality of life questionnaire module: first results from a three country field study. *Journal Clinical of Oncology*, 14(10), 2756-2768.
- Stanton, A.L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(32), 5132-5137.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. y Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature associations and relation to quality of life. *Journal Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.
- Stasi, R., Abriani, L., Beccaglia, P., Terzoli, E., Amadori, S. (2003). Cancer-related fatigue: involving concepts in evaluation and treatment. *Cancer*, 98, 1786-1801.
- Steinberg, T., Roseman, M., Kasymjanova, G., Dobson, S., Lajeunesse, L., Dajezman, E., Kreisman, H., McDonald, N., Agulnik, J., Cohen, Z., Chasen, M. Y Small, D. (2009). Prevalence of emotional distress in newly diagnosed lung cancer patients. *Supportive care in cancer*, 17(12), 1493-1497.
- Steiner, J.F., Cavender, T.A., Main, D.S. y Bradley, C.J. (2004). Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer*, 101, 1703-1711.
- Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S. y Spagnoli, C. (2007). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253-258.
- Stewart, D.J. (1990). Cancer therapy, vomiting, and antiemetics. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 68, 304-313.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- 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.
- So, W.K.W., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C.K., Yeung, M. y Li, G.K.H. (2009). Anxiety, depression y quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.

- Svensson, H., Brandberg, Y., Einbeigi, Z., Hatschek, T. y Ahlberg, K. (2009). Psychological Reactions to Progression of Metastatic Breast Cancer-An Interview Study. *Cancer Nursing*, 32, 55-63.
- Syrjala, K.L., Abrams, J.R., Polissar, N.L., Hansberry, J., Robison, J., DuPen, S., Stillman, M., Fredrickson, M., Rivkin, S., Feldman, E., Gralow, J., Rieke, J.W., Raish, R.J., Lee, D.J., Cleeland, C.S. y DuPen, A. (2008 ). Patient training in cancer pain management using integrated print and video materials: a multisite randomized controlled trial. *Pain*, 135(1-2), 175–186
- Syrjala, K.L., Cummings, C. y Donaldson, G.W. (1992).Hypnosis or cognitive-behavioral training for the reduction of pain and nausea cancer during treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.
- Thomas, E. y Weiss, S. (2000). Non-pharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. *Cancer Control*, 7, 157-164.
- 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.
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Fardig, J. y Smith, D.C. (2003). Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: results of a pilot study. *Psychooncology*, 12, 814-820.
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Griffith, K.A., Riba, M.B. y Schwartz, J.L. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma. Comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-863.
- Turner, J.A. y Clancy, S. (1988). Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 261-266.
- Turner, J.A., y Jensen, M.P. (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 52, 169-177.
- Vachon, M.L., Lyall, W.A., Rogers, J., Cochrane, J., y Freeman, S.J. (1982). The effectiveness of psychosocial support during post-surgical treatment of breast cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(4), 365-372.
- Velikova, G., Booth, L., Smith, P.M., Brown, P., Lynch, Brown, J.M. y Selby, P.J. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (4), 714-724.
- Verbeek, J., Seplten, E., Kammeijer, M. y Sprangers, M. (2003). Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational psysicians. *Occupational Enviroment Medicine*, 60, 352-357.

- Villoria, E., Fernández, C., Amigo, I., Padierna, C., Fernández, R., Peláez, I. Gracia, J.M. y García, E. (2010). *Calidad de vida y ajuste emocional en pacientes con cáncer de mama y pulmón, al diagnóstico oncológico*. Póster presentado en el VII Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo.
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., Amigo, I., Gracia, J. M., Fernández, R., Peláez, I. (2008). Comparación de la calidad de vida de dos grupos de pacientes oncológicos: pacientes libres de enfermedad a los cinco años y pacientes fallecidos. *Medicina Paliativa*, 15(6), 338-345.
- Visser, M.R. y Smets, E.M. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Supportive Care in Cancer*, 6(2), 101-108.
- Ward, S., Donovan, H., Owen, B., Grosen, E. y Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Research on Nursing & Health*, 23, 293-405.
- Ward, S., Viergutz, G., Tormey, D., deMuth, J., Paulen, A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41(6), 362-366.
- Weisman, A. y Worden, J. (1976). The existential flight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.
- Weisman, A. y Worden, J. (1977). *Coping and vulnerability in cancer patients: a research report*. Cambridge: Shea Bros.
- Wells, N., Hepworth, J.T., Murphy, B.A., Wujcik, D. y Johnson, R. (2003). Improving cancer pain management through patient and family education. *Journal of Pain & Management Symptoms*, 25, 344-356.
- Winzelberg, A.J., Classen, C., Alpers, G.W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R.E., Ernst, H., Dev, P., Taylor, C.B. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97(5), 1164-1173.
- Wolf, M., Pritsch, M., Drings, P., Hans, K., Schroeder, M., Flechtner, H., Heim, M., Hruska, D., Mende, S., Becker, H., et al. (1991). Cyclic-alternating versus response-oriented chemotherapy in small-cell lung cancer: a German multicenter randomized trial of 321 patients. *Journal of Clinical Oncology*, 9(4), 614-624.
- Wogan, G.N., Hecht, S.S., Felton, J.S., Conney, A.H. y Loeb, L.A. (2004). Environmental and chemical carcinogenesis. *Seminars in Cancer Biology*, 14(6), 473-486.
- Worden, J.W. y Weisman, A.D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6(4), 243-249.
- Yates, J.W., Chalmer, B. y McKegney, F.P. (1980). Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer*, 45(8), 2220-2224.



Yokoyama, T., Kurokawa, Y., Kani, R., Takatori, E., Nokiguchi, S., Suzuki, Y., Kawashima, H., Uenishi, M., Kawashima, M., Osato, Y., Mivamatsu, H., Sofuni, A., Ito, T., Ikeda, N., Ohvashiki, K. (2012). Assessment of health-related quality of life in cancer outpatients treated with chemotherapy. *Cancer and chemotherapy*, 39(3), 409-414.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-368.

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

## **INSTRUMENTOS**



MODELO A<sub>C</sub>

Paciente:

Fecha:

1. Afectación de su vida por su salud (0-2)

(Dificultades concretas, frente, resuelve)

Cotidiana (doméstica)

Laboral

Ocio

Familiar

2. Valoración estado general (0-10)

3. Percepción de su estado de salud (0-10)


Recuerdo de información médica:

1. qué tiene
2. otra información sobre enfermedad
3. tratamientos
4. en qué consiste el tratamiento
5. efectos secundarios
6. otra información
7. tarjeta
8. lugar de tratamiento
9. teléfonos de consulta
10. Recomendaciones médicas



MODELO A<sub>E</sub>

Paciente:

Fecha:

Afectación de su vida por su salud (0-3) / (0-5) (Dificultades concretas, frente, resuelve)			Síntomas si/no Dolor Cansancio Fatiga Tos Ef.cirugía Dif. dormir
Cotidiana (doméstica)		Kf / Kd	Limitaciones Aseo/cuidado Laboral Doméstica Ocio Movimientos
Laboral		Kf / Kd	
Ocio		Kf / Kd	Emociones (frecuencia) Triste Ira Apatía Depresión Ansiedad
Familiar		Kf / Kd	
Emocional		Kf / Kd	
Capacidad ante cambios			Preocupaciones Tratamiento
Percepción de éxito			
Valoración del estado general (0-10)			Futuro
Percepción de su estado de salud (0-10)			Futuro otros
Ctas. Gratificantes (0-3/ 0-5)			Económicas
			Pensamientos/emociones de acp/dist si / no
			Pensamientos/ emociones de evitación si / no
			Reconoce ineficacia de estrategias de control si / no

Recuerdo de información médica:

1. qué tiene
2. otra información sobre enfermedad
3. tratamientos
4. en qué consiste el tratamiento
5. efectos secundarios
6. otra información
7. tarjeta
8. lugar de tratamiento
9. teléfonos de consulta
10. Recomendaciones médicas





MODELO B<sub>C</sub>

Fecha:

IK

Síntomas (0-4)	Vómitos	Pérdida de apetito	Dificultad dormir	Fatiga	Cansancio	Dolor	Ansiedad	Depresión	Irritabilidad
Pre-intensidad									
Post-intensidad									
Continuo-frecuencia									
Continuo-intensidad									
Actividad (0-3)									
Cuidados personal									
Doméstica									
Ocio									
Relación familia									
Relación pareja									
Relación sexual									
Relación amigos									
Preocupaciones									
tratamiento	Si								
su futuro	Si	No							
futuro otros	Si	No							
economía	Si	No							

1. ¿Cómo se encuentra? (0-10)
2. Percepción de su estado de salud (0-10)



MODELO B<sub>E</sub>

Fecha:

IK

Síntomas (0-4)	Vómitos	Pérdida de apetito	Dificultad dormir	Fatiga	Cansancio	Dolor	Ansiedad	Depresión	Irritabilidad
Pre-intensidad									
Post-intensidad									
Continuo-frecuencia									
Continuo-intensidad									
Actividad	(0-3)	(0-5)							
Cuidados personal			Kf/Kd						
Doméstica			Kf/Kd						
Ocio			Kf/Kd						
Relación familia			Kf/Kd						
Relación pareja			Kf/Kd						
Relación sexual			Kf/Kd						
Relación amigos			Kf/Kd						
Preocupaciones									
tratamiento		Si	No						
su futuro		Si	No						
futuro otros		Si	No						
economía		Si	No						

1. ¿Cómo se encuentra? (0-10)
2. Percepción de su estado de salud (0-10)

**Ctas relevantes:**

Contingencias fortalecen/debilitan

Limitaciones si no

Actividades afectadas y contextos

Alternativas

Reconocimiento de lo que puede y no cambiarse si no

Reconocimiento de patrones de evitación si no

**Ctas gratificantes**

Contingencias fortalecen/debilitan

**Ctas de enfermedad**

Contingencias fortalecen/debilitan

Ctas de evitación de actividades relevantes si no

Reconocimiento de refuerzos x paciente y contextos si no

Reconocimiento de refuerzos x familia y contextos si no

Reconocen allegados el mantenimiento de ctas de evitación si no

**Pensamientos/ Emociones de aceptación/distancia**

Emociones/Pensamientos de evitación

Estrategias de control

Reconoce ineficacia

Contingencias fortalecen/debilitan





## HADS

NOMBRE.....

FECHA.....TELÉFONO..... Hª Nª.....

Este cuestionario ha sido elaborado para ayudar a su médico a conocer cómo se siente usted afectiva y emocionalmente, de manera que pueda prestarle una mayor ayuda. A continuación, encontrará varias situaciones. Indique, por favor, como le afectan cada una de ellas en la actualidad. No es necesario que piense mucho tiempo cada cuestión. En este caso, las respuestas espontáneas tienen más valor. Gracias.

Me siento tenso(a) o nervioso(a)

- casi todo el día
- gran parte del día
- de vez en cuando
- nunca

Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre

- igual que antes
- no tanto como antes
- solamente un poco
- ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a ocurrir

- sí y muy intenso
- sí, pero no muy intenso
- sí, pero no me preocupa
- no siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- igual que siempre
- actualmente algo menos
- actualmente, mucho menos
- actualmente, en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- casi todo el día
- gran parte del día
- de vez en cuando
- nunca

Me siento alegre

- nunca
- muy pocas veces
- en algunas ocasiones
- gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente

- siempre
- a menudo
- raras veces
- nunca

Me siento(a) lento y torpe

- gran parte del día
- a menudo
- a veces
- nunca

Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago

- nunca
- sólo en algunas ocasiones
- a menudo
- muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal

- completamente
- no me cuido como debería hacerlo
- es posible que no me cuido como debiera
- me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme

- realmente mucho
- bastante
- no mucho
- en absoluto

Espero las cosas con ilusión

- como siempre
- algo menos que antes
- mucho menos que antes
- en absoluto

Experimento de repente sensaciones gran angustia o temor

- muy a menudo
- con cierta frecuencia
- raramente
- nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un programa de radio o TV

- a menudo
- algunas veces
- pocas veces
- casi nunca





Paciente:

FECHA		
Calidad de vida:(-) 0/10 (+)		



## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA EORTC QLQ-C30

Estamos interesados en algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique en su caso. No hay contestaciones “acertadas” o “desacertadas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

	No	Si
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <b>largo</b> ?	1	2
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <b>corto</b> fuera de casa?	1	2
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla la mayor parte del día?	1	2
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al servicio?	1	2

<b>• Durante la semana pasada</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4



**LC-13**

• **A veces los pacientes informan de los siguientes síntomas. Por favor indique en qué medida ha experimentado usted estos síntomas durante la última semana.**

<b>Durante la última semana:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿Cuánto tosió?	1	2	3	4
32. ¿Escupió sangre al toser?	1	2	3	4
33. ¿Le faltó la respiración cuando descansaba?	1	2	3	4
34. ¿Le faltó la respiración al caminar?	1	2	3	4
35. ¿le faltó la respiración al subir escaleras?	1	2	3	4
36. ¿Ha tenido algún dolor en la boca o en la lengua?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido problemas para tragar?	1	2	3	4
38. ¿ Ha tenido hormigueos en las manos o los pies?	1	2	3	4
39. ¿ Ha perdido cabello?	1	2	3	4
40. ¿Ha tenido dolor en el pecho?	1	2	3	4
41. ¿Ha tenido dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
42. ¿Ha tenido dolor en otras partes del cuerpo? En caso afirmativo, ¿dónde?.....	1	2	3	4
43. ¿Tomó alguna medicina para el dolor? 1 No            2 Sí	1	2	3	4
En caso afirmativo, ¿cuánto le alivió?	1	2	3	4



## EORTC QLQ-BR23

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas. Por favor indique has qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

---

### **Durante la semana pasada:**

	En Absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho
31. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
34. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
42. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4

### **Durante las últimas cuatro semanas:**

44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿hasta qué punto disfrutó con el sexo?	1	2	3	4



**Durante la semana pasada:**

	En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Tuvo alguna dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4

**ANEXO II**  
**CARACTERÍSTICAS**  
**SOCIODEMOGRÁFICAS**  
**Y CLÍNICAS**



Tabla 1.- Características sociodemográficas de la muestra de pacientes de cáncer de Pulmón, para el total de la muestra y para ambos grupos (GC/GE).

		Muestra Total N=90		GC n= 40 % =44.4		GE n=50; % =55.6	
		N	%	n	%	n	%
Estado civil	soltero	4	4,4	3	7,5	1	3
	casado/en pareja	70	77,8	31	77,5	39	78,0
	viudo	7	7,8	3	7,5	4	8,0
	divorciado/separado	9	10,0	3	7,5	1	12,0
	Total	90	100,0	40	100	50	100,0
Nº de hijos	,00	13	14,4	9	22,5	4	8,0
	1,00	22	24,4	6	15,0	16	32,0
	2,00	36	40,0	15	37,5	21	42,0
	3,00	9	10,0	6	15,0	3	6,0
	4,00	7	7,8	4	10,0	3	6,0
	5,00	2	2,2	-	-	2	4,0
	6,00	1	1,1	-	-	1	2,0
	Total	90	100,0	40	100	50	100,0
Nº de familiares con quien vive	,00	5	5,6	3	7,5	2	4,1
	1,00	45	50,6	22	55,0	23	46,9
	2,00	21	23,6	7	17,5	14	28,6
	3,00	13	14,6	6	15,0	7	14,3
	4,00	5	5,6	2	5,0	3	6,1
	Total	89	100,0	40	100,0	49	100,0
Estudios	sin estudios	6	6,8	25	5,0	4	8,3
	primarios	52	59,1	25	62,5	27	56,3
	secundarios	27	30,7	12	30,0	15	31,3
	universitarios	3	3,4	1	2,5	2	4,2
	Total	88	100,0	40	100	50	100,0
Empleo	paro	1	1,1	1	2,5	-	-
	activo	4	4,4	2	5,0	2	4,0
	baja	30	33,3	12	30,0	18	36,0
	ama de casa	6	6,7	3	7,5	3	6,0
	jubilado	49	54,4	22	55,0	27	54,0
	Total	90	100,0	40	100,0	50	100,0
Creyente	no	24	27,3	12	30,0	12	25,0
	sí	64	72,7	28	70,0	36	75,0
	Total	88	100,0	40	100,0	48	100,0
Practicante	no	72	81,8	33	82,5	39	81,3
	Sí	16	18,2	7	17,5	9	18,8
	Total	88	100,0	40	100,0	48	100,0

Tabla 2.- Características clínicas de los pacientes con cáncer de Pulmón para el total de pacientes y para ambos grupos (GE / GC).

			Muestra		GC		GE	
			Total		n =40		n =50	
			N=90		% = 44.4		% = 55.6	
			n	%	n	%	n	%
Motivo de primera consulta	síntomas		86	96,6	36	92,3	50	100,0
	revisión		3	3,4	3	7,7	-	-
	Total		89	100,0	40	100,0	50	100,0
Tipo de tumor	no microcítico		67	74,4	30	75,0	37	74,0
	microcítico		22	24,4	10	25,0	12	24,0
	mesotelioma pleural		1	1,1	-	-	1	2,0
	Total		90	100,0	40	100,0	50	100,0
Diagnóstico Inicial	No microcíticos	adenocarcinoma	27	30	9	30,0	18	48,6
		ca anaplásico de célula grande	3	3,3	-	-	3	8,1
		ca anaplásico indiferenciado	1	1,1	-	-	1	2,7
		epidermoide	34	37,8	19	63,3	15	40,5
		Subtipo no especificado	2	2,2	2	6,7	-	-
		Total	65	100,0	30	100,0	37	100,0
	Microcíticos		22	100,0	10	100,0	12	100,0
	Mesotelioma pleural	1	1,1	-	-	1	100,0	
Estadios	No microcíticos	II-A	1	1,5	-	-	1	2,7
		II-B	2	3,0	-	-	2	5,4
		III-A	16	23,9	9	30,0	7	18,9
		III-B	22	32,8	10	33,3	12	32,4
		III-B/IV	2	3,0	1	3,3	1	2,7
		IV	24	35,8	10	33,3	14	37,8
		Total	67	100,0	30	100,0	37	100,0
	Microcíticos	L	16	72,7	7	70,0	9	75,0
		E	6	27,3	3	30,0	3	25,0
		Total	90	100,0	10	100,0	12	100,0
		Mesotelioma pleural	1	100,0	-	-	1	100
	Tratamientos	Carboplatino+VP16		9	10,0	3	7,5	6
Carboplatino+VP16+Ifosfamida+Adriamicina		3	3,3	3	7,5	-	-	
Carboplatino+VP16+Vincrisul+Ifosfamida+Adriamicina		3	3,3	2	5,0	1	2,0	
Ciclofosfamida+Adriamicina+VP16		1	1,1	-	-	1	2,0	
Cisplatino+Alimta		1	1,1	-	-	1	2,0	
Cisplatino+Gemcitabina		57	63,3	28	70,0	29	58,0	
Cisplatino+Gemcitabina+Avastín		6	6,7	2	5,0	4	8,0	
Cisplatino+Navaline+Avastín		1	1,1	-	-	1	2,0	
Cisplatino+Vinorelbina+Avastín		3	3,3	-	-	3	6,0	
Genoxal+Adriamicina+VP16		5	5,6	1	2,5	4	8,0	
VP16+Vincrisul+Ifosfamida+Adriamicina		1	1,1	1	2,5	-	-	
Total		90	100,0	40	100,0	50	100,0	
Tratamientos por tipo tumor		No microcíticos						
	Cisplatino+Gemcitabina		57	85,1	28	93,3	29	78,4
	Cisplatino+Gemcitabina+Avastín		6	9,0	2	6,7	4	10,8
	Cisplatino+Navaline+Avastín		1	1,5	-	-	1	2,7
	Cisplatino+Vinorelbina+Avastín		3	4,5	-	-	3	8,1
	Total		67	100	30	100,0	37	100,0
	Microcíticos							
	Carboplatino+VP16		9	40,9	3	30,0	6	50,0
	Carboplatino+VP16+Ifosfamida+Adriamicina		3	13,6	3	30,0	-	-
	Carboplatino+VP16+Vincrisul+Ifosfamida+Adriamicina		3	13,6	2	20	1	8,3
	Ciclofosfamida+Adriamicina+VP16		1	4,5	-	-	1	8,3
	Genoxal+Adriamicina+VP16		5	22,7	1	10,0	4	33,3

	VP16+Vincrisul+Ifosfamida+Adriamicina	1	4,5	1	10,0	-	-
	Total	22	100,0	10	100,0	12	100,0
	Mesotelioma pleural: Cisplatino+Alimta	1	100,0	-	-	1	100,0
Cirugía Previa	no	87	96,7	40	100,0	47	94,0
	si	3	3,3	-	-	3	6,0
	Total	90	100,0	40	100,0	50	100
Radioterapia Previa	no	84	93,3	37	92,5	47	94,0
	si	6	6,7	3	7,5	3	6,0
	Total	90	100,0	40	100,0	50	100,0
Psicofármacos	no	57	64,8	27	69,2	30	61,2
	si	31	35,2	12	30	19	38,8
	Total	88	100,0	39	100,0	49	100,0
Médico prescribe	nadie	2	8,3	-	-	2	15,4
	familia	12	50,0	6	54,5	6	46,2
	psiquiatra	1	4,2	1	9,1	-	-
	otro especialista	9	4,0	4	36,4	5	38,5
	Total	24	100,0	11	100,0	13	100,0

Tabla 3: Características sociodemográficas de la muestra total de pacientes de Cáncer de mama y para ambos grupos (GC/GE).

		Muestra Total N=68		GC n=35 %=51.5		GE n=33 %=48.5	
		N	%	n	%	n	%
Estado civil	soltero	6	8,8	2	5,7	4	12,1
	casado/en pareja	46	67,6	26	74,3	20	60,6
	viudo	8	11,8	4	11,4	4	12,1
	divorciado/separado	8	11,8	3	8,6	5	15,2
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Nº de hijos	,00	12	17,6	6	17,1	6	18,2
	1,00	22	32,4	10	28,6	12	36,4
	2,00	21	30,9	12	34,3	9	27,3
	3,00	10	14,7	6	17,1	4	12,1
	4,00	2	2,9	1	2,9	1	3,0
	6,00	1	1,5	-	-	1	3,0
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Nº de familiares con quien vive	,00	9	13,2	4	11,4	5	15,2
	1,00	25	36,8	12	34,3	13	39,4
	2,00	21	30,9	13	37,1	8	24,2
	3,00	9	13,2	4	11,4	5	15,2
	4,00	4	5,9	2	5,7	2	6,1
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Estudios	sin estudios	2	3,0	2	5,7	-	-
	primarios	33	49,3	19	54,3	14	43,8
	secundarios	21	31,3	10	28,6	11	34,4
	universitarios	11	16,4	4	11,4	7	21,9
	Total	67	100,0	35	100,0	32	100,0
Empleo	paro	5	7,4	1	2,9	4	12,1
	activo	2	2,9	-	-	2	6,1
	baja	29	42,6	14	40,6	15	45,5
	ama de casa	25	36,8	17	48,6	8	24,2
	jubilado	7	10,3	3	8,6	4	12,1
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Creyente	no	12	17,9	7	20,0	5	15,2
	sí	55	82,1	28	80,0	27	81,8
	Total	67	100,0	35	100,0	32	97,0
Practicante	no	48	71,6	25	71,4	23	71,9
	sí	19	28,4	10	28,6	9	28,1
	Total	67	100,0	35	100,0	32	100,0

Tabla 4: Características clínicas de los pacientes con cáncer de Mama para el total de pacientes y para ambos grupos (GE / GC).

		Muestra		GC		GE	
		Total		n=35		n=33	
		N=68		% =51.5		% =48.5	
		N	%	n	%	n	%
Motivo de la primera consulta	síntomas	53	77,9	25	71,4	28	84,8
	revisión	15	22,1	10	28,6	5	15,2
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Diagnóstico inicial	Carcinoma ductal infiltrante	60	88,2	30	85,7	30	90,0
	Carcinoma ductal infiltrante in situ	1	1,5	1	2,9	-	-
	Carcinoma ductal infiltrante inflamatorio	5	7,4	3	8,6	2	6,1
	Carcinoma lobulillar infiltrante	1	1,5	1	2,9	-	-
	Carcinoma ductal infiltrante / carcinoma ductal lobulillar	1	1,5	-	-	1	3,0
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Estadios	I	13	19,1	7	20,0	6	18,2
	II-A	22	32,4	14	40,0	8	24,2
	II-B	10	14,7	3	8,6	7	21,2
	III-A	7	10,3	2	5,7	5	15,2
	III-B	6	8,8	5	14,3	1	3,0
	III-C	4	5,9	2	5,7	2	6,1
	III	3	4,4	1	2,9	2	6,1
	IV	3	4,4	1	2,9	2	6,1
Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0	
Tratamiento	Taxotere+CEF	30	45,5	16	45,7	14	43,8
	Taxotere+CEF+Herceptín	4	6,1	3	8,6	1	3,1
	Taxotere	1	1,5	-	-	1	3,1
	CEF	11	16,7	7	20,0	4	12,5
	Taxotere+Herceptín	3	4,5	1	2,9	2	6,3
	Taxotere+Genoxal	2	3,0	-	-	2	6,3
	Taxotere+Carboplatino+Herceptín	4	6,1	1	2,9	3	9,4
	Epidriamicina+Taxotere	3	4,5	2	5,9	1	3,1
	Carboplatino+Herceptín	1	1,5	-	-	1	3,1
	Taxol+Herceptín	2	3,0	1	2,9	1	3,1
	Carboplatino+Taxol+Herceptín	2	3,0	1	2,9	1	3,1
	CMF	3	4,5	2	5,7	1	3,1
Total	66	100,0	34	100,0	32	3,0	
Cirugía Previa	No	7	10,3	4	11,4	3	9,1
	Cirugía conservadora	26	38,2	11	31,4	15	45,5
	Cirugía radical	35	51,5	20	57,1	15	45,5
	Total	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Radioterapia previa	no	68	100,0	35	100,0	33	100,0
Psicofármaco	no	41	61,2	22	62,9	19	59,4
	sí	26	38,8	13	37,1	13	40,6
	Total	67	100,0	35	100,0	32	100,0
Médico Prescribe	Ninguno	1	4,2	1	8,3	-	-
	Familia	7	29,2	4	33,3	3	25,0
	Psiquiatra	9	37,5	3	25,0	6	50,0
	Otro especialista	7	29,2	4	33,3	3	25,0
	Total	24	100,0	12	100,0	12	100,0





**ANEXO III**

**DESCRPTIVOS**

**ANÁLISIS MLG Y MLM**



PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Tabla 1.- Estadísticos descriptivos de las variables Estado General (EG) y Estado Salud (SP) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE), en cada momento de medida.

grupo		Estado General									Estado de Salud								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión	38	2	,00	10,00	6,29	2,52	4,00	7,00	8,00	37	3	1,00	10,00	6,27	2,47	4,50	6,00	8,00
	2ª Sesión	24	16	,00	10,00	6,50	2,43	5,25	6,50	8,00	24	16	,00	10,00	5,58	2,59	5,00	5,00	7,75
	3ª Sesión	12	28	,00	10,00	6,33	3,11	6,25	7,00	8,00	12	28	,00	10,00	6,25	2,70	5,00	7,00	8,00
	Última Sesión	9	31	1,00	10,00	6,78	2,49	6,00	7,00	8,00	9	31	2,00	10,00	7,00	2,40	5,50	8,00	8,50
	1º Seguimiento	8	32	1,00	10,00	6,25	3,37	2,50	7,50	8,00	8	32	1,00	10,00	5,88	3,09	2,75	6,50	8,00
	2º Seguimiento	3	37	7,00	8,00	7,33	,58	7,00	7,00	8,00	3	37	5,00	7,00	6,33	1,15	5,00	7,00	7,00
	3º Seguimiento	2	38	7,00	8,00	7,50	,71	7,00	7,50	8,00	2	38	5,00	8,00	6,50	2,12	5,00	6,50	8,00
	4º Seguimiento	0	40								0	40							
	5º Seguimiento	0	40								0	40							
	6º Seguimiento	0	40								0	40							
7º Seguimiento	0	40								0	40								
G.E	1ª Sesión	47	3	,00	10,00	7,15	1,81	6,00	8,00	8,00	47	3	,00	10,00	6,21	2,22	5,00	6,00	8,00
	2ª Sesión	29	21	4,00	10,00	7,34	1,74	6,00	7,00	8,50	29	21	3,00	10,00	7,03	1,74	6,00	7,00	8,00
	3ª Sesión	18	32	5,00	10,00	8,39	1,38	7,75	8,00	10,00	18	32	5,00	10,00	7,56	1,46	6,75	8,00	8,25
	Última Sesión	14	36	6,00	10,00	8,50	1,34	7,00	9,00	10,00	14	36	5,00	10,00	8,00	1,62	7,00	8,00	9,25
	1º Seguimiento	10	40	5,00	10,00	7,90	1,66	6,75	8,00	9,25	10	40	5,00	10,00	7,60	1,51	6,75	7,50	9,00
	2º Seguimiento	7	43	,00	10,00	6,86	3,29	6,00	8,00	9,00	7	43	,00	10,00	6,86	3,29	6,00	8,00	9,00
	3º Seguimiento	4	46	5,00	8,00	7,25	1,50	5,75	8,00	8,00	4	46	4,00	8,00	7,00	2,00	5,00	8,00	8,00
	4º Seguimiento	3	47	8,00	8,00	8,00	,00	8,00	8,00	8,00	3	47	8,00	8,00	8,00	,00	8,00	8,00	8,00
	5º Seguimiento	1	49	8,00	8,00	8,00		8,00	8,00	8,00	1	49	8,00	8,00	8,00		8,00	8,00	8,00
	6º Seguimiento	0	50								0	50							
7º Seguimiento	0	50								0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P.= Número de casos perdidos



Tabla 3.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estado General (EG) en las 4 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

4 T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	2,84	,03	4	126,22	T1-T3	-,95	,32	134,41	,043	T1	6,62	6,16	7,08	6,13	5,44	6,82	7,11	6,49	7,73	
											T2	7,10	6,56	7,65	6,70	5,89	7,51	7,51	6,77	8,24	
											T3	7,57	6,90	8,24	6,86	5,83	7,90	8,28	7,42	9,14	
											T4	7,55	6,80	8,29	6,83	5,67	7,98	8,27	7,33	9,22	
											T5	7,06	6,25	7,86	6,50	5,29	7,70	7,62	6,55	8,69	
TxG		,30	,88	4	126,22	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T1	-,98	,04	-1,91	-,06						
						GC	,87	,48	4	125,83	T2	-,81	,15	-1,90	,29						
						GE	2,70	,03	4	125,31	T3	-1,41	,04	-2,76	-,07						
Grupos		6,08	,02	1	109,18						T4	-1,45	,06	-2,94	,04						
											T5	-1,13	,17	-2,74	,48						



Tabla 5. - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estado de Salud (ES) en las 4 sesiones de tratamiento, primera medida de seguimiento.

4T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	2,08	,09	4	122,68						T1	6,18	5,70	6,67	6,18	5,45	6,91	6,19	5,54	6,84	
											T2	6,43	5,85	7,02	5,79	4,92	6,65	7,08	6,29	7,86	
											T3	6,94	6,20	7,67	6,58	5,44	7,71	7,30	6,37	8,24	
											T4	7,22	6,40	8,03	7,00	5,73	8,27	7,43	6,40	8,46	
											T5	6,37	5,48	7,26	5,75	4,42	7,08	6,98	5,81	8,16	
TxG		1,35	,26	4	122,68	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T1	-,01	,99	-,99	,97						
						GC	1,22	,30		4	121,88	T2	-1,29	,03	-2,45	-,12					
						GE	2,39	,05		4	121,54	T3	-,72	,33	-2,19	,74					
											T4	-,43	,60	-2,07	1,20						
											T5	-1,23	,17	-3,01	,54						



Tabla 6.- Estadísticos descriptivos de las variable Índice de Karnofsky (IK) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE), en cada momento de medida

grupo		Índice de Karnofsky								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T	40	0	70,00	90,00	86,35	5,76	80,00	90,00	90,00
	2ª Sesión T	23	17	70,00	90,00	82,61	6,89	80,00	80,00	90,00
	3ª Sesión T	12	28	70,00	90,00	83,33	7,78	80,00	85,00	90,00
	Última Sesión T	9	31	70,00	90,00	85,56	7,26	80,00	90,00	90,00
	1º Seguimiento	6	34	70,00	90,00	83,33	8,16	77,50	85,00	90,00
	2º Seguimiento	1	39	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	3º Seguimiento	1	39	80,00	80,00	80,00		80,00	80,00	80,00
	4º Seguimiento	0	40							
	5º Seguimiento	0	40							
	6º Seguimiento	0	40							
7º Seguimiento	0	40								
G.E	1ª Sesión T	50	0	70,00	90,00	87,60	4,76	90,00	90,00	90,00
	2ª Sesión T	21	29	70,00	90,00	84,29	7,46	80,00	90,00	90,00
	3ª Sesión T	16	34	80,00	90,00	86,25	5,00	80,00	90,00	90,00
	Última Sesión T	7	43	80,00	90,00	85,71	5,35	80,00	90,00	90,00
	1º Seguimiento	3	47	80,00	90,00	86,67	5,77	80,00	90,00	90,00
	2º Seguimiento	3	47	80,00	90,00	86,67	5,77	80,00	90,00	90,00
	3º Seguimiento	1	49	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	4º Seguimiento	1	49	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	5º Seguimiento	0	50							
	6º Seguimiento	0	50							
7º Seguimiento	0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 7- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Índice de Karnofsky (IK) en las 4 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

4T+ 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\varepsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,050	3,833	,068	2	8	,489	,681	5,352 <sup>c</sup>	1	4	,082	,572	,604	T1	89,00	83,78	94,22			
														T2	81,00	71,23	90,77			
														T3	81,00	71,23	90,77			
														T4	82,00	71,56	92,44			
														T5	82,00	71,56	92,44			
															GC			GE		
															ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
TxG	,050	,050	,624	2	8	,111	,189							T1	88,00	83,74	92,26	90,00	80,47	99,53
														T2	82,00	74,02	89,98	80,00	62,16	97,84
														T3	82,00	74,02	89,98	80,00	62,16	97,84
														T4	84,00	75,47	92,53	80,00	60,93	99,07
														T5	84,00	75,47	92,53	80,00	60,93	99,07
Grupos		,060	,819	1	4	,015	,107							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T1	-2,00	,70	-12,44	8,44		
														T2	2,00	,84	-17,54	21,54		
														T3	2,00	,84	-17,54	21,54		
														T4	4,00	,70	-16,89	24,89		
														T5	4,00	,70	-16,89	24,89		

Tabla 8.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Índice de Karnofsky (IK) en las 4 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

4T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo (1 )	A	6,09	,00	4	25,16	T1-T2	3,76	,80	60,25	,00	T1	86,98	85,81	88,14	86,35	84,62	88,08	87,60	86,05	89,15	
	R					T1-T3	3,36	,99	54,09	,01	T2	83,21	81,32	85,10	82,65	79,95	85,34	83,78	81,13	86,42	
	(1					GC:T1-T2	3,70	1,12	61,53	,01	T3	83,61	81,61	85,61	82,50	79,50	85,49	84,73	82,08	87,37	
	)					GE:T1-T2	3,82	1,14	59,04	,01	T4	84,56	82,17	86,94	84,26	81,00	87,53	84,85	81,38	88,32	
												T5	85,51	81,58	89,44	83,81	79,20	88,42	87,21	80,84	93,59
TxG		,30	,88	4	25,16	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos		1,40	,24	1	50,27	GC	3,18	,02	4	44,78	T1	-1,25	,29	-3,58	1,08						
						GE	3,11	,02	4	33,53	T2	-1,13	,55	-4,91	2,65						
											T3	-2,23	,27	-6,23	1,77						
											T4	-,59	,80	-5,35	4,18						
											T5	-3,40	,36	-11,27	4,46						

Tabla 9.- Estadísticos descriptivos de las variable Calidad de Vida valorada por el médico (CV) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE), en cada momento de medida.

Grupo	C.V	Todos los pacientes				Solo los pacientes que tienen las dos medidas			
		n <sub>i</sub>	M	DT	Me	n <sub>i</sub>	M	DT	Me
G.C	C.V. I	40	8,52	,678	9	8	8,62	,744	9
	C.V. F	8	8,37	,744	8,5	8	8,37	,744	8,5
G.E	C.V. I	48	8,60	,676	9	12	8,66	,492	9
	C.V. F	12	8,83	,577	9	12	8,83	,577	9

Leyenda: C.V= Calidad de Vida estimada por el médico; I, F= C.V. al inicio del tratamiento y al final del tratamiento; n<sub>i</sub>=tamaño de grupo; M= Media aritmética; D.T= Desviación típica; Me= mediana

Tabla 10.- Estadísticos descriptivos de las variables Ansiedad (HAD-A) y Depresión (HAD-D) de la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada momento de medida.

grupo		HAD-A									HAD-D								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T	35	5	,00	17,00	6,60	4,79	3,00	6,00	11,00	35	5	,00	19,00	5,34	4,99	1,00	3,00	8,00
	2ª Sesión T	21	19	,00	13,00	4,05	4,03	1,00	3,00	6,00	21	19	,00	17,00	4,95	5,05	1,00	3,00	7,00
	3ª Sesión T	13	27	,00	18,00	5,31	5,74	,00	5,00	10,00	13	27	,00	21,00	6,46	7,38	1,00	4,00	11,50
	Última Sesión T	9	31	,00	12,00	3,78	4,29	,00	3,00	7,00	9	31	,00	17,00	4,22	5,47	,50	2,00	6,50
	1º Seguimiento	7	33	,00	12,00	3,14	5,11	,00	,00	9,00	7	33	,00	10,00	3,57	4,43	1,00	1,00	10,00
	2º Seguimiento	3	37	,00	11,00	4,00	6,08	,00	1,00	11,00	3	37	2,00	13,00	6,33	5,86	2,00	4,00	13,00
	3º Seguimiento	1	39	3,00	3,00	3,00		3,00	3,00	3,00	1	39	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00
	4º Seguimiento	0	40								0	40							
	5º Seguimiento	0	40								0	40							
	6º Seguimiento	0	40								0	40							
7º Seguimiento	0	40								0	40								
G.E	1ª Sesión T	39	11	,00	17,00	3,95	3,88	1,00	3,00	7,00	39	11	,00	14,00	3,44	3,39	1,00	2,00	5,00
	2ª Sesión T	23	27	,00	19,00	3,00	4,23	,00	2,00	4,00	23	27	,00	16,00	3,43	3,91	1,00	3,00	6,00
	3ª Sesión T	18	32	,00	5,00	1,39	1,65	,00	1,00	2,25	18	32	,00	6,00	1,28	1,60	,00	1,00	2,00
	Última Sesión T	11	39	,00	3,00	,91	1,22	,00	,00	2,00	11	39	,00	10,00	2,36	3,14	,00	1,00	4,00
	1º Seguimiento	8	42	,00	5,00	2,50	2,27	,25	2,00	5,00	8	42	1,00	6,00	3,38	2,39	1,00	3,00	6,00
	2º Seguimiento	5	45	,00	5,00	2,40	2,41	,50	1,00	5,00	5	45	,00	4,00	1,60	1,67	,00	2,00	3,00
	3º Seguimiento	4	46	,00	3,00	1,50	1,29	,25	1,50	2,75	4	46	,00	1,00	,50	,58	,00	,50	1,00
	4º Seguimiento	1	49	3,00	3,00	3,00		3,00	3,00	3,00	1	49	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00
	5º Seguimiento	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	6º Seguimiento	0	50								0	50							
7º Seguimiento	0	50								0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 11.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable HAD-A en las 4 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

4T + 1S																					
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas								
													GT/GC								
F.V	$\epsilon$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	$p$	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
Tiempo	,485	2,785	,088	1,939	15,510	,264	,618	3,599 <sup>C</sup>	1	8	,094	,310	,536	T1	5,36	2,12	8,59				
														T2	3,12	,85	5,39				
														T3	1,81	-,17	3,79				
														T4	2,00	-,46	4,46				
														T5	2,57	-,39	5,54				
														GC			GE				
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
TxG	,485	,089	,910	1,939	15,510	,011	,118							T1	5,71	2,17	9,26	5,00	-,41	10,41	
														T2	3,57	1,08	6,06	2,67	-1,14	6,47	
														T3	2,29	,12	4,45	1,33	-1,98	4,64	
														T4	3,00	,30	5,70	1,00	-3,12	5,12	
														T5	3,14	-,11	6,39	2,00	-2,96	6,96	
Grupos		,230	,645	1	8	,028	,133														
														T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
														T1	,71	,84	-5,76	7,19			
														T2	,90	,72	-3,64	5,45			
														T3	,95	,67	-3,01	4,91			
														T4	2,00	,47	-2,93	6,93			
														T5	1,14	,73	-4,79	7,07			

	DM	Error típico	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T1-T4	3,357	,972	,086	,097	6,617

Tabla 12.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable HAD-A en las 4 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

4T +1S																								
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas													
											GC+GE				GC			GE						
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>				
Tiempo	AR(1)	3,05	,02	4	103,21	T1-T2	1,45	,42	100,61	,01	T1	5,29	4,32	6,26	6,58	5,17	8,00	4,00	2,67	5,32				
						GC:T1-T2	1,80	,61	99,097	,04	T2	3,84	2,75	4,93	4,78	3,20	6,37	2,90	1,41	4,38				
											T3	3,83	2,56	5,10	5,40	3,49	7,31	2,27	,60	3,94				
											T4	3,67	2,14	5,20	5,47	3,17	7,77	1,88	-,13	3,88				
											T5	3,90	2,09	5,71	5,06	2,38	7,75	2,74	,31	5,18				
TxG		,66	,62	4	103,21	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																		
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>									
Grupos						7,06 ,01 1 90,45						GC	2,26	,06	4	97,33	T1	2,59	,01	,65	4,52			
												GE	1,49	,20	4	100,49	T2	1,88	,09	-,29	4,06			
																	T3	3,13	,02	,59	5,66			
																	T4	3,59	,02	,54	6,65			
																	T5	2,32	,21	-1,3	5,94			

Tabla 13.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable HAD-D en las 4 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

4T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,411	1,110	,346	1,643	13,146	,122	,302							T1	3,21	1,042	5,387			
														T2	2,38	,803	3,959			
														T3	1,36	-,301	3,015			
														T4	2,31	,641	3,978			
														T5	2,45	-,016	4,920			
															GC			GE		
															ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
TxG	,411	,880	,418	1,643	13,146	,099	,261							T1	4,43	2,05	6,81	2,00	-1,64	5,64
														T2	2,43	,70	4,16	2,33	-,31	4,97
														T3	1,71	-,10	3,53	1,00	-1,77	3,77
														T4	2,29	,46	4,11	2,33	-,46	5,13
														T5	3,57	,87	6,28	1,33	-2,80	5,46
Grupos	,380	,555	1	8	,045	,154								T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T1	2,43	,33	-1,92	6,77		
														T2	,10	,96	-3,06	3,25		
														T3	,71	,70	-2,60	4,03		
														T4	-,05	,98	-3,38	3,29		
														T5	2,24	,42	-2,70	7,17		

Tabla 14.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable HAD-D en las 4 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

4 T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	SC	,38	,83	4	107,36						T1	4,48	3,50	5,47	5,38	3,93	6,82	3,58	2,24	4,92	
											T2	4,42	3,29	5,55	5,30	3,65	6,95	3,54	2,00	5,08	
											T3	3,94	2,69	5,19	5,70	3,83	7,58	2,18	,53	3,83	
											T4	4,05	2,64	5,46	4,70	2,61	6,79	3,41	1,51	5,30	
											T5	4,58	3,02	6,14	5,92	3,65	8,18	3,24	1,09	5,38	
TxG		1,02	,40	4	107,36	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T1	1,79	,07	-,18	3,77						
											T2	1,76	,13	-,50	4,02						
Grupos		4,97	,03	1	95,01	GC	,37	,82		4	105,88	T3	3,53	,01	1,03	6,03					
						GE	1,16	,33		4	108,56	T4	1,29	,37	-1,53	4,11					
											T5	2,68	,09	-,44	5,80						



Tabla 15.- Estadísticos descriptivos de la variable Estatus Global de Calidad de Vida (QoL; QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada momento de medida.

grupo	Estatus global de calidad de vida									
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	
G.C	1ª Sesión T									
	22	18	,00	100,00	65,91	28,74	50,00	66,67	100,00	
	13	27	16,67	100,00	71,15	26,92	58,33	83,33	91,67	
	9	31	16,67	100,00	68,52	23,12	62,50	66,67	83,33	
	7	33	8,33	100,00	72,62	31,07	66,67	75,00	100,00	
	3	37	58,33	83,33	69,44	12,73	58,33	66,67	83,33	
	1	39	66,67	66,67	66,67		66,67	66,67	66,67	
	0	40								
	0	40								
	0	40								
	0	40								
G.E	1ª Sesión T									
	23	27	25,00	100,00	69,56	19,24	50,00	66,67	83,33	
	18	32	50,00	100,00	78,24	16,45	66,67	79,17	93,75	
	11	39	33,33	91,67	68,18	20,01	50,00	66,67	83,33	
	8	42	33,33	100,00	65,62	29,69	33,33	70,83	95,83	
	5	45	58,33	100,00	78,33	16,25	62,50	83,33	91,67	
	4	46	50,00	100,00	75,00	21,52	54,17	75,00	95,83	
	1	49	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66	
	1	49	83,33	83,33	83,33		83,33	83,33	83,33	
	0	50								
	0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 16.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estatus Global de Calidad de Vida (QoL; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3 T + 1S																				
MLG_AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG_Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	$p$	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,709	1,459	,261	2,127	17,016	,154	,404							T2	66,07	53,41	78,73			
														T3	78,97	68,26	89,68			
														T4	75,00	64,31	85,69			
														T5	80,75	63,21	98,29			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
								3,66 <sup>L</sup>	1	8	,092	,314	,542	T2	73,81	59,94	87,68	58,33	37,15	79,52
														T3	85,71	73,98	97,45	72,22	54,30	90,14
														T4	75,00	63,29	86,71	75,00	57,11	92,89
														T5	72,62	53,40	91,83	88,89	59,54	118,24
TxG	,709	1,835	,189	2,127	17,016	,187	,475													
Grupos		,089	,773	1	8	,011	,113							T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	15,48	,29	-9,85	40,80		
														T3	13,49	,28	-7,93	34,91		
														T4	1,6E-014	1,00	-21,39	21,39		
														T5	-16,27	,41	-51,35	18,81		

Tabla 17. - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Estatus Global de Calidad de Vida (QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	1,51	,22	3	65,69						T2	67,14	60,05	74,23	65,37	55,17	75,58	68,91	59,06	78,75	
											T3	75,26	66,96	83,56	73,58	61,00	86,15	76,94	66,12	87,77	
											T4	66,86	57,11	76,62	69,16	54,68	83,64	64,57	51,50	77,65	
											T5	67,66	56,70	78,63	66,01	50,03	81,99	69,32	54,30	84,33	
TxG		,27	,85	3	65,69	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T2	-3,54	,62	-17,72	10,64						
						GC	,60	,62	3	64,27	T3	-3,36	,69	-19,96	13,23						
						GE	1,27	,29	3	65,99	T4	4,58	,64	-14,93	24,10						
Grupos		,05	,83	1	49,37						T5	-3,31	,77	-25,23	18,62						

Tabla 18.- Estadísticos descriptivos de la variable Funcionamiento Físico (PF; QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada momento de medida

grupo		Funcionamiento Físico								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	22	18	,00	100,00	61,82	28,89	40,00	60,00	85,00
	3ª Sesión T	13	27	,00	100,00	70,77	30,13	50,00	80,00	100,00
	Última Sesión T	9	31	40,00	100,00	71,11	26,67	40,00	80,00	100,00
	1º Seguimiento	7	33	,00	100,00	71,43	36,25	60,00	80,00	100,00
	2º Seguimiento	3	37	60,00	60,00	60,00	,00	60,00	60,00	60,00
	3º Seguimiento	1	39	80,00	80,00	80,00		80,00	80,00	80,00
	4º Seguimiento	0	40							
	5º Seguimiento	0	40							
	6º Seguimiento	0	40							
7º Seguimiento	0	40								
G.E	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	23	27	20,00	100,00	71,30	21,60	60,00	80,00	80,00
	3ª Sesión T	17	33	20,00	100,00	74,12	23,20	60,00	60,00	100,00
	Última Sesión T	11	39	,00	100,00	56,36	30,75	40,00	60,00	80,00
	1º Seguimiento	8	42	40,00	80,00	62,50	12,82	60,00	60,00	75,00
	2º Seguimiento	5	45	40,00	100,00	68,00	22,80	50,00	60,00	90,00
	3º Seguimiento	4	46	60,00	100,00	75,00	19,15	60,00	70,00	95,00
	4º Seguimiento	1	49	60,00	60,00	60,00		60,00	60,00	60,00
	5º Seguimiento	1	49	60,00	60,00	60,00		60,00	60,00	60,00
	6º Seguimiento	0	50							
7º Seguimiento	0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 19.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Físico (PF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3 T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	$p$	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,582	1,931	,184	1,747	13,974	,194	,451	3,793 <sup>3</sup>	1	8	,087	,322	,554	T2	68,57	52,30	84,84			
														T3	83,81	69,39	98,22			
														T4	72,38	57,76	87,00			
														T5	69,05	48,57	89,53			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
TxG	,582	2,174	,154	1,747	13,974	,214	,489	4,091 <sup>c</sup>	1	8	,078	,338	,581	T2	77,14	59,32	94,96	60,00	32,78	87,22
														T3	74,29	58,50	90,08	93,33	69,21	117,45
														T4	71,43	55,42	87,44	73,33	48,87	97,79
														T5	71,43	48,99	93,87	66,67	32,39	100,94
Grupos		,000	,988	1	8	,000	,100							T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	17,14	,36	-15,39	49,678		
														T3	-19,05	,25	-47,88	9,782		
														T4	-1,90	,91	-31,14	27,330		
														T5	4,76	,83	-36,20	45,725		

	DM	Error típico	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T3	-15,238	4,580	,063	-29,050	-1,426

Grupo experimental:

	DM	Error típico	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T3	-33,33	7,66	,015	-56,44	-10,22

Tabla 20.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Funcionamiento Físico (PF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	AR(1)	,96	,42	3	64,12						T2	66,18	58,31	74,05	61,75	50,45	73,04	70,61	59,65	81,57	
											T3	68,18	59,11	77,25	62,59	49,01	76,17	73,77	61,75	85,79	
											T4	59,32	48,43	70,22	63,34	46,99	79,70	55,30	40,90	69,69	
											T5	62,22	49,45	75,00	66,59	47,74	85,43	57,86	40,60	75,11	
TxG		1,26	,30	3	64,12	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T2	,27	,27	-24,60	6,88						
						GC	,08	,97	3	57,26	T3	,22	,22	-29,31	6,96						
						GE	2,34	,08	3	61,87	T4	,47	,47	-13,74	29,84						
											T5	,50	,50	-16,82	34,28						

Tabla 21.- Estadísticos descriptivos de las variables Funcionamiento Emocional (EF) y Funcionamiento Cognitivo (CF) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo	Funcionamiento Emocional										Funcionamiento Cognitivo								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	22	18	25,00	100,00	78,03	22,05	70,83	83,33	93,75		22	18	33,33	100,00	91,67	16,06	83,33	100,00	100,00
	13	27	41,67	100,00	75,64	21,91	54,17	83,33	95,83		13	27	66,67	100,00	92,31	14,62	83,34	100,00	100,00
	9	31	33,33	100,00	77,78	26,02	54,17	83,33	100,00		9	31	66,67	100,00	92,59	12,11	83,33	100,00	100,00
	7	33	,00	100,00	79,76	36,28	75,00	91,67	100,00		7	33	50,00	100,00	85,71	20,25	66,67	100,00	100,00
	3	37	50,00	100,00	80,56	26,79	50,00	91,67	100,00		3	37	66,67	100,00	88,89	19,25	66,67	100,00	100,00
	1	39	91,67	91,67	91,67		91,67	91,67	91,67		1	39	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
G.E	1ª Sesión T																		
	23	27	8,33	100,00	83,33	21,76	83,33	91,67	100,00		23	27	33,33	100,00	87,68	19,60	83,33	100,00	100,00
	18	32	50,00	100,00	94,44	12,78	91,67	100,00	100,00		18	32	66,67	100,00	94,44	11,43	95,83	100,00	100,00
	11	39	75,00	100,00	93,94	9,92	91,67	100,00	100,00		11	39	66,67	100,00	90,91	13,67	83,33	100,00	100,00
	8	42	41,67	100,00	88,54	22,24	75,00	100,00	100,00		8	42	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	5	45	75,00	100,00	93,33	10,87	83,33	100,00	100,00		5	45	83,33	100,00	96,67	7,46	91,67	100,00	100,00
	4	46	75,00	100,00	89,58	10,49	79,17	91,66	97,92		4	46	83,33	100,00	95,83	8,34	87,50	100,00	100,00
	1	49	91,66	91,66	91,66		91,66	91,66	91,66		1	49	83,33	83,33	83,33		83,33	83,33	83,33
	1	49	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		1	49	83,33	83,33	83,33		83,33	83,33	83,33
	0	50									0	50							
	0	50									0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 22.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Emocional (EF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\varepsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,430	,146	,773	1,289	10,313	,018	,124							T2	91,47	82,99	99,94			
														T3	92,06	82,35	101,77			
														T4	86,71	73,40	100,01			
														T5	89,88	69,72	110,04			
															GC			GE		
															ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
TxG	,430	,271	,672	1,289	10,313	,033	,144							T2	85,71	76,43	95,00	97,22	83,04	111,40
														T3	86,90	76,27	97,54	97,22	80,98	113,47
														T4	84,52	69,95	99,10	88,89	66,63	111,15
														T5	79,76	57,68	101,84	100,00	66,27	133,73
Grupos		1,373	,275	1	8	,147	,287							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	-11,51	,24	-28,46	5,44		
														T3	-10,32	,35	-29,74	9,10		
														T4	-4,37	,77	-30,97	22,24		
														T5	-20,24	,38	-60,55	20,08		

Tabla 23.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Funcionamiento Emocional (EF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	Tiempo	DM/F	ET	$gl$	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	SC	,44	,72	3	59,88						T2	80,42	73,91	86,92	77,36	67,98	86,74	83,47	74,45	92,50
											T3	83,53	76,01	91,04	76,07	64,70	87,43	90,99	81,15	100,82
											T4	80,33	71,61	89,06	74,33	61,39	87,27	86,34	74,64	98,03
											T5	78,38	68,64	88,12	71,96	57,77	86,14	84,80	71,45	98,16
TxG	,51	,68	3	59,88	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
					Grupos	F	p	$gl_1$	$gl_2$	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Grupos	3,60	,06	1	45,93							T2	-6,11	,35	-19,13	6,90					
											T3	-14,92	,05	-29,95	,11					
											T4	-12,01	,18	-29,45	5,44					
											T5	-12,84	,19	-32,33	6,64					



Tabla 24.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Cognitivo (CF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3 T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,723	,423	,678	2,169	17,349	,050	,190							T2	87,70	83,03	92,37			
														T3	92,06	84,41	99,71			
														T4	90,87	81,32	100,42			
														T5	92,86	81,61	104,11			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
								8,152 <sup>L</sup>	1	8	,021	,505	,831	T2	97,62	92,51	102,73	77,78	69,97	85,59
														T3	95,24	86,86	103,62	88,89	76,09	101,69
TxG	,723	4,045	,033	2,169	17,349	,336	,785							T4	92,86	82,40	103,32	88,89	72,91	104,87
														T5	85,71	73,39	98,04	100,00	81,17	118,83
Grupos		,317	,589	1	8	,038	,145							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	19,84	,00	10,51	29,18		
														T3	6,35	,46	-8,95	21,65		
														T4	3,97	,71	-15,13	23,07		
														T5	-14,29	,27	-36,79	8,22		

Tabla 25.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Funcionamiento Cognitivo EORTC- en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	AR(1)	,51	,68	3	60,55						T2	89,54	84,89	94,19	90,94	84,26	97,62	88,14	81,66	94,62	
											T3	92,09	86,79	97,39	92,65	84,67	100,64	91,52	84,55	98,49	
											T4	90,41	84,02	96,80	92,63	83,02	102,24	88,19	79,75	96,62	
											T5	92,45	84,95	99,95	85,57	74,50	96,65	99,33	89,20	109,45	
TxG		2,30	,09	3	60,55	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos		,10	,76	1	44,44	GC	,70	,56	3	54,20	T2	2,80	,55	-6,51	-6,51						
						GE	2,14	,11	3	58,05	T3	1,13	,83	-9,46	-9,46						
											T4	4,44	,49	-8,34	-8,34						
											T5	-13,75	,07	-28,76	-28,76						

Tabla 26.- Estadísticos descriptivos de las variables Funcionamiento de Rol (RF) y Funcionamiento Social (SF) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Funcionamiento de Rol										Funcionamiento Social								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	22	18	71,21	36,80	71,21	36,80	41,67	83,33	100,00		22	18	33,33	100,00	83,33	22,42	66,67	100,00	100,00
	13	27	71,79	38,12	71,79	38,12	50,00	100,00	100,00		13	27	,00	100,00	79,49	34,80	66,67	100,00	100,00
	9	31	77,78	34,36	77,78	34,36	58,33	100,00	100,00		9	31	33,33	100,00	90,74	22,22	91,67	100,00	100,00
	7	33	83,33	31,91	83,33	31,91	66,67	100,00	100,00		7	33	33,33	100,00	90,48	25,20	100,00	100,00	100,00
	3	37	94,44	9,62	94,44	9,62	83,33	100,00	100,00		3	37	83,33	100,00	94,44	9,62	83,33	100,00	100,00
	1	39	100,00		100,00		100,00	100,00	100,00		1	39	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
G.E	1ª Sesión T																		
	23	27	,00	100,00	84,06	26,82	66,67	100,00	100,00		23	27	,00	100,00	81,16	28,56	66,67	100,00	100,00
	18	32	50,00	100,00	87,96	15,97	79,17	100,00	100,00		18	32	50,00	100,00	87,96	14,91	83,33	91,67	100,00
	11	39	16,67	100,00	78,79	31,70	50,00	100,00	100,00		11	39	66,67	100,00	93,94	11,24	83,33	100,00	100,00
	8	42	,00	100,00	70,83	37,53	41,67	83,33	100,00		8	42	66,67	100,00	95,83	11,79	100,00	100,00	100,00
	5	45	66,67	100,00	86,67	13,94	75,00	83,33	100,00		5	45	66,66	100,00	93,33	14,91	83,33	100,00	100,00
	4	46	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00		4	46	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	1	49	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		1	49	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00
	1	49	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		1	49	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00
	0	50									0	50							
	0	50									0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 27.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento de Rol (RF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,616	4,436	,033	1,847	14,773	,357	,776	6,535 <sup>C</sup>	1	8	,034	,450	,754	T2	62,70	37,76	87,64			
								4,155 <sup>3</sup>	1	8	,076	,342	,586	T3	92,86	79,30	106,41			
														T4	87,30	74,47	100,14			
														T5	86,11	67,33	104,89			
TxG	,616	3,175	,074	1,847	14,773	,284	,644	3,896 <sup>C</sup>	1	8	,084	,328	,563	T2	80,95	53,63	108,28	44,44	2,71	86,18
								3,676 <sup>3</sup>	1	8	,091	,315	,543	T3	85,71	70,86	100,56	100,00	77,32	122,68
														T4	85,71	71,66	99,77	88,89	67,41	110,36
														T5	83,33	62,76	103,90	88,89	57,47	120,31
Grupos		,043	,840	1	8	,005	,106							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	36,51	,21	-13,38	86,39		
														T3	-14,29	,36	-41,40	12,83		
														T4	-3,17	,82	-28,84	22,49		
														T5	-5,56	,79	-43,11	32,00		

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T3	-30,15	9,55	,081	-58,98	-1,33

Grupo experimental:

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T3	-55,55	15,99	,050	-103,78	-7,32

Tabla 28. - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Funcionamiento de Rol (RF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	AR(1)	,41	,75	3	65,21						T2	77,35	68,11	86,59	70,57	57,30	83,85	84,13	71,28	96,99
											T3	80,04	69,61	90,48	71,51	55,81	87,21	88,58	74,83	102,34
											T4	74,14	61,62	86,65	73,68	54,86	92,50	74,59	58,09	91,09
											T5	75,14	60,44	89,83	75,48	53,76	97,19	74,80	54,98	94,61
TxG		,75	,53	3	65,21	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
											T2	-13,56	,15	-32,04	4,92					
						GC	,06	,98	3	60,05	T3	-17,08	,11	-37,95	3,79					
						GE	1,22	,31	3	63,33	T4	-,91	,94	-25,94	24,12					
Grupos		,78	,38	1	51,12						T5	,68	,96	-28,71	30,08					

Tabla 29.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Social (SF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento.

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales							Medias Estimadas					
															GT/GC					
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,596	3,023	,085	1,788	14,301	,274	,616	6,669 <sup>L</sup>	1	8	,032	,455	,761	T2	70,63	48,74	92,53			
														T3	91,27	80,51	102,03			
														T4	93,25	86,16	100,35			
														T5	95,24	81,24	109,24			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
														T2	85,71	61,73	109,69	55,56	18,93	92,18
														T3	88,10	76,31	99,88	94,44	76,44	112,44
														T4	97,62	89,84	105,39	88,89	77,01	100,76
														T5	90,48	75,14	105,81	100,00	76,57	123,43
TxG	,596	1,900	,187	1,788	14,301	,192	,450													
Grupos		,291	,604	1	8	,035	,141							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	30,16	,24	-13,62	73,94		
														T3	-6,35	,60	-27,86	15,16		
														T4	8,73	,29	-5,46	22,92		
														T5	-9,52	,54	-37,53	18,48		

Tabla 30.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Funcionamiento Social (SF; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	NE	2,34	,10	3	22,08						T2	82,66	75,04	90,29	83,74	72,80	94,69	81,58	70,97	92,20	
											T3	82,91	74,27	91,56	78,86	65,53	92,19	86,96	75,95	97,98	
											T4	90,04	82,90	97,17	90,35	79,56	101,14	89,72	80,36	99,08	
											T5	85,63	74,92	96,34	80,87	64,57	97,16	90,39	76,48	104,30	
TxG		,72	,55	3	22,08	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Grupos		,32	,58	1	30,40	GC	1,97	,15	3	20,08	T2	2,16	,78	-13,09	17,41						
						GE	,94	,44	3	23,79	T3	-8,10	,35	-25,39	9,18						
											T4	,63	,93	-13,65	14,91						
											T5	-9,52	,36	-30,94	11,90						

Tabla 31.- Estadísticos descriptivos de las variables Nauseas/Vómitos (NV) y Pérdida de Apetito (AP) (QLQ-C30)] para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo		Nauseas/Vómitos									Pérdida de Apetito								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	22	18	,00	33,33	6,06	9,68	,00	,00	16,67	22	18	,00	100,00	21,21	31,78	,00	,00	41,67
	3ª Sesión T	13	27	,00	33,33	8,97	14,62	,00	,00	25,00	13	27	,00	66,67	17,95	25,87	,00	,00	33,33
	Última Sesión T	9	31	,00	33,33	5,56	11,79	,00	,00	8,33	9	31	,00	100,00	18,52	33,79	,00	,00	33,33
	1º Seguimiento	7	33	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	7	33	,00	66,67	23,81	31,71	,00	,00	66,67
	2º Seguimiento	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	4º Seguimiento	0	40								0	40							
	5º Seguimiento	0	40								0	40							
	6º Seguimiento	0	40								0	40							
7º Seguimiento	0	40								0	40								
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	23	27	,00	33,33	2,90	8,18	,00	,00	,00	23	27	,00	100,00	13,04	26,09	,00	,00	33,33
	3ª Sesión T	18	32	,00	33,33	2,78	8,57	,00	,00	,00	18	32	,00	33,33	5,56	12,78	,00	,00	,00
	Última Sesión T	11	39	,00	66,67	6,06	20,10	,00	,00	,00	11	39	,00	66,67	9,09	21,56	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	8	42	,00	33,33	6,25	12,40	,00	,00	12,50	8	42	,00	33,33	4,17	11,79	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	5	45	,00	66,67	26,67	27,89	,00	33,33	50,00	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	4	46	,00	33,33	12,50	15,96	,00	8,33	29,16	4	46	,00	66,66	25,00	31,91	,00	16,67	58,33
	4º Seguimiento	1	49	16,66	16,66	16,66		16,66	16,66	16,66	1	49	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66
	5º Seguimiento	1	49	16,66	16,66	16,66		16,66	16,66	16,66	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	6º Seguimiento	0	50								0	50							
7º Seguimiento	0	50								0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 32.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Náuseas/Vómitos (NV; QLQ-C30) en las tres sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																						
MLG_AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG_Contrastes ortogonales					Medias Estimadas									
													GT/GC									
F.V	$\epsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Tiempo	,478	,335	,652	1,434	24,898	,040	,157							T2	2,38	-2,14	6,90					
														T3	2,38	-4,62	9,38					
														T4	2,38	-4,62	9,38					
														T5	,00	,00	,00					
														GC			GE					
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
														T2	4,76	-,19	9,71	1,0E-015	-7,56	7,56		
														T3	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71		
														T4	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71		
														T5	,00	,00	,00	,00	,00	,00		
TxG	,478	,335	,652	1,434	24,898	,040	,157								T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Grupos	,592	,464	1	8	,069	,183								T2	4,76	,36	-4,28	13,80				
														T3	4,76	,54	-9,24	18,76				
														T4	4,76	,54	-9,24	18,76				
														T5	,00	.	,00	,00				

Tabla 33.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Náuseas/ Vómitos (NV; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																										
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas															
											GC+GE				GC			GE								
F.V	$\Sigma$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	Tiempo	DM/F	ET	Gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Tiempo	ARH(1)	2,27	,09	3	49,47	GC: T3-T5	6,625	2,348	56,119	,040	T2	4,95	2,11	7,79	5,79	1,68	9,89	4,12	,19	8,04						
											T3	6,04	2,43	9,64	8,36	3,01	13,70	3,72	-1,12	8,56						
											T4	8,19	2,28	14,11	9,03	,17	17,88	7,36	-,49	15,21						
											T5	3,04	-,23	6,31	1,73	-3,11	6,57	4,35	-,05	8,74						
TxG		1,79	,16	3	49,47	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																				
						Grupos	F	p	$gl_1$	$Gl_2$	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>											
						GC	3,27	,03	3	54,63	T2	1,67	,56	-4,01	7,35											
						GE	,72	,55	3	53,54	T3	4,63	,20	-2,58	11,84											
																	T4	1,66	,78	-10,17	13,49					
																	T5	-2,62	,42	-9,15	3,92					



Tabla 34.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Pérdida de Apetito (AP; QLQ-C30) en las tres sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

QLQ-C30 3T + 1S																							
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas										
													GT/GC										
F.V	$\epsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Tiempo	,536	,707	,482	1,609	12,868	,081	,228							T2	2,38	-4,62	9,38						
														T3	2,38	-4,62	9,38						
														T4	4,76	-4,28	13,80						
														T5	11,90	-5,71	29,52						
															GC			GE					
															ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
															T2	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71		
															T3	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71		
															T4	9,52	-,38	19,42	,00	-15,12	15,12		
															T5	23,81	4,51	43,11	3,6E-015	-29,48	29,48		
TxG	,536	,707	,482	1,609	12,868	,081	,228																
Grupos		2,068	,188	1	8	,205	,373																
															T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
															T2	4,76	,54	-9,24	18,76				
															T3	4,76	,54	-9,24	18,76				
															T4	9,52	,36	-8,55	27,60				
															T5	23,81	,24	-11,43	59,04				

Tabla 35 - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Pérdida de Apetito (AP; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																						
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas											
											GC+GE			GC			GE					
F.V	$\Sigma$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
Tiempo	SC	1,02	,39	3	60,98						T2	17,62	9,87	9,87	21,55	10,36	32,74	13,68	2,97	24,40		
											T3	13,92	5,20	5,20	22,34	9,22	35,46	5,50	-6,00	16,99		
											T4	19,23	9,36	9,36	27,26	12,63	41,88	11,20	-2,06	24,47		
											T5	22,50	11,63	11,63	38,78	22,96	54,61	6,22	-8,70	21,15		
TxG		1,96	,13	3	60,98	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																
						Grupos	F	p	$gl_1$	$gl_2$	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>							
						Grupos	6,18	,02	1	50,30	GC	2,09	,11	3	60,19	T2	7,87	,31	-7,63	23,36		
											GE	1,02	,39	3	61,17	T3	16,85	,06	-,60	34,29		
																T4	16,06	,11	-3,69	35,80		
																T5	32,56	,00	10,81	54,31		

Tabla 36.- Estadísticos descriptivos de las variables Estreñimiento (CO) y Diarrea (DI) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Estreñimiento									Diarrea								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																	
	22	18	,00	100,00	22,73	29,79	,00	,00	33,33	22	18	,00	33,33	6,06	13,16	,00	,00	,00
	2ª Sesión T																	
	13	27	,00	100,00	25,64	38,86	,00	,00	50,00	13	27	,00	33,33	2,56	9,25	,00	,00	,00
	3ª Sesión T																	
	9	31	,00	100,00	18,52	33,79	,00	,00	33,33	9	31	,00	33,33	11,11	16,67	,00	,00	33,33
	Última Sesión T																	
	7	33	,00	100,00	19,05	37,80	,00	,00	33,33	7	33	,00	33,33	4,76	12,60	,00	,00	,00
	1º Seguimiento																	
	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3	37	,00	33,33	22,22	19,25	,00	33,33	33,33
	2º Seguimiento																	
	1	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento																	
	0	40								0	40							
	4º Seguimiento																	
	0	40								0	40							
	5º Seguimiento																	
	0	40								0	40							
	6º Seguimiento																	
	0	40								0	40							
	7º Seguimiento																	
	0	40								0	40							
G.E	1ª Sesión T																	
	23	27	,00	33,33	7,25	14,06	,00	,00	,00	23	27	,00	33,33	4,35	11,48	,00	,00	,00
	2ª Sesión T																	
	18	32	,00	33,33	5,56	12,78	,00	,00	,00	18	32	,00	33,33	1,85	7,86	,00	,00	,00
	3ª Sesión T																	
	11	39	,00	33,33	12,12	16,82	,00	,00	33,33	11	39	,00	33,33	3,03	10,05	,00	,00	,00
	Última Sesión T																	
	8	42	,00	33,33	4,17	11,79	,00	,00	,00	8	42	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1º Seguimiento																	
	5	45	,00	33,33	13,33	18,26	,00	,00	33,33	5	45	,00	33,33	13,33	18,26	,00	,00	33,33
	2º Seguimiento																	
	4	46	,00	33,33	8,33	16,67	,00	,00	25,00	4	46	,00	33,33	8,33	16,67	,00	,00	25,00
	3º Seguimiento																	
	1	49	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
	4º Seguimiento																	
	1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33	1	49	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66
	5º Seguimiento																	
	0	50								0	50							
	6º Seguimiento																	
	0	50								0	50							
	7º Seguimiento																	
	0	50								0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 37.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estreñimiento (CO; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales				Medias Estimadas								
												GT/GC								
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,333	,400	,545	1	8	,048	,157							T2	4,76	-4,28	13,80			
								T3	2,38	-4,62	9,38									
								T4	4,76	-4,28	13,80									
								T5	9,52	-11,48	30,53									
														GC			GE			
TxG	,333	,400	,545	1	8	,048	,157							ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
								T2	9,52	-,38	19,42	,00	-15,12	15,12						
								T3	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71						
								T4	9,52	-,38	19,42	,00	-15,12	15,12						
T5	19,05	-3,96	42,05	,00	-35,14	35,14														
Grupos	,944		,360	1	8	,106	,231							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
								T2	9,52	,36	-8,55	27,60								
								T3	4,76	,54	-9,24	18,76								
								T4	9,52	,36	-8,55	27,60								
								T5	19,05	,42	-22,96	61,05								

Tabla 38.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estreñimiento (CO; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	AR(1)	,36	,78	3	63,53						T2	14,88	7,48	22,27	22,91	12,27	33,55	6,84	-3,44	17,12
TxG	,90	,44	3	63,53	Efectos simples del tiempo en cada Grupo					T3	16,61	8,39	24,83	27,70	15,38	40,03	5,51	-5,37	16,39	
					T4	19,96	10,22	29,69	27,72	13,08	42,36	12,19	-,64	25,02						
					T5	18,02	6,60	29,44	32,04	15,14	48,94	3,99	-11,38	19,36						
																T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Grupos	8,29		,01	1	52,20	Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T2	16,07	,03	1,27	30,87					
						GC	,48	,70	3	59,81	T3	22,19	,01	5,75	38,63					
						GE	,76	,52	3	62,39	T4	15,53	,12	-3,93	35,00					
											T5	28,05	,02	5,21	50,89					

Tabla 39.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Diarrea (DI; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,824	1,275	,305	3	24	,137	,427							T2	12,70	1,03	24,37			
														T3	2,38	-4,62	9,38			
														T4	7,14	-2,76	17,04			
														T5	2,38	-4,62	9,38			
														GC			GE			
TxG	,824	,342	,795	3	24	,041	,186							ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T2	14,29	1,50	27,07	11,11	-8,41	30,63
														T3	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71
														T4	14,29	3,44	25,13	1,8E-015	-16,57	16,57
														T5	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71
Grupos		1,156	,314	1	8	,126	,259							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	3,17	,81	-20,16	26,51		
														T3	4,76	,54	-9,24	18,76		
														T4	14,29	,22	-5,51	34,09		
														T5	4,76	,54	-9,24	18,76		

Tabla 40. - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Diarrea (DI; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE				GC			GE		
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	ARH(1)	1,45	,25	3	33,24						T2	5,16	1,56	8,77	6,03	,87	11,18	4,30	-,74	9,34
											T3	1,88	-1,24	5,00	2,21	-2,53	6,95	1,55	-2,49	5,59
											T4	6,46	-,03	12,96	10,52	,86	20,18	2,41	-6,27	11,08
											T5	2,25	-2,38	6,87	4,21	-2,55	10,98	,28	-6,03	6,58
TxG		,49	,69	3	33,24	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
Grupos		2,03	,16	1	34,66						T2	1,72	,63	-5,49	8,94					
											T3	,66	,83	-5,57	6,89					
											T4	8,11	,21	-4,87	21,10					
											T5	3,94	,38	-5,31	13,18					

Tabla 41.- Estadísticos descriptivos de las variables Dolor (PA) y Dificultad para Dormir (SL) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Dolor										Dificultad para Dormir								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	22	18	,00	100,00	16,67	28,17	,00	,00	25,00		22	18	,00	100,00	34,85	34,85	,00	33,33	66,67
	13	27	,00	100,00	19,23	33,92	,00	,00	25,00		13	27	,00	100,00	30,77	34,59	,00	33,33	66,67
	9	31	,00	66,67	22,22	25,00	,00	16,67	41,67		9	31	,00	100,00	29,63	30,93	,00	33,33	33,33
	7	33	,00	100,00	30,95	39,00	,00	16,67	66,67		7	33	,00	33,33	4,76	12,60	,00	,00	,00
	3	37	,00	50,00	16,67	28,87	,00	,00	50,00		3	37	,00	66,67	22,22	38,49	,00	,00	66,67
	1	39	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33		1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
	0	40									0	40							
G.E	1ª Sesión T																		
	23	27	,00	66,67	18,84	23,19	,00	16,67	33,33		23	27	,00	100,00	26,09	37,55	,00	,00	66,67
	18	32	,00	33,33	9,26	13,06	,00	,00	16,67		18	32	,00	66,67	9,26	19,15	,00	,00	8,33
	11	39	,00	50,00	12,12	18,40	,00	,00	33,33		11	39	,00	66,67	21,21	30,81	,00	,00	66,67
	8	42	,00	66,67	14,58	24,30	,00	,00	29,17		8	42	,00	100,00	29,17	33,03	,00	33,33	33,33
	5	45	,00	33,33	6,67	14,91	,00	,00	16,67		5	45	,00	66,66	20,00	29,81	,00	,00	50,00
	4	46	,00	33,33	8,33	16,67	,00	,00	25,00		4	46	,00	33,33	16,67	19,24	,00	16,67	33,33
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00		1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00		1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
	0	50									0	50							
	0	50									0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 42.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dolor (PA; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales				Medias Estimadas								
												GT/GC								
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,756	,329	,805	3	24	,039	,183							T2	11,51	,75	22,26			
														T3	9,13	1,21	17,04			
														T4	11,90	-3,08	26,89			
														T5	18,25	-3,64	40,14			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T2	11,90	,12	23,69	11,11	-6,89	29,11
														T3	7,14	-1,53	15,81	11,11	-2,13	24,35
														T4	23,81	7,39	40,23	6,5E-015	-25,08	25,08
														T5	30,95	6,97	54,93	5,56	-31,07	42,18
TxG	,756	1,257	,311	3	24	,136	,423							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	,79	,95	-20,72	22,31		
														T3	-3,97	,65	-19,79	11,86		
														T4	23,81	,18	-6,16	53,78		
														T5	25,40	,31	-18,38	69,18		
														T2	,79	,95	-20,72	22,31		
														T3	-3,97	,65	-19,79	11,86		
														T4	23,81	,18	-6,16	53,78		
														T5	25,40	,31	-18,38	69,18		

Tabla 43.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dolor (PA; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	AR(1)	,81	,49	3	61,11						T2	18,36	10,60	26,12	18,30	7,17	29,43	18,42	7,61	29,24
											T3	14,94	5,98	23,91	18,54	5,00	32,08	11,35	-,39	23,10
											T4	21,31	10,42	32,20	29,41	13,07	45,76	13,20	-1,19	27,60
											T5	25,00	12,24	37,75	34,06	15,26	52,85	15,94	-1,32	33,19
TxG	,74	,53	3	61,11	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
					Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Grupos	2,14	,15	1	41,75							T2	-,12	,99	-15,65	15,40					
											T3	7,18	,43	-10,74	25,10					
											T4	16,21	,14	-5,57	37,99					
											T5	18,12	,16	-7,40	43,63					

Tabla 44.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dificultad para Dormir (SL; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG_AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG_Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,747	,626	,563	2,240	17,921	,073	,236							T2	17,46	2,159	32,762			
														T3	12,70	-3,128	28,525			
														T4	11,90	2,867	20,942			
														T5	7,94	-1,397	17,270			
															GC			GE		
															ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
TxG	,747	1,710	,207	2,240	17,921	,176	,463							T2	23,81	7,05	40,57	11,11	-14,49	36,72
														T3	14,29	-3,05	31,62	11,11	-15,37	37,59
														T4	23,81	13,91	33,71	3,6E-015	-15,12	15,12
														T5	4,76	-5,46	14,99	11,11	-4,51	26,73
Grupos		,600	,461	1	8	,070	,184							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	12,70	,46	-17,91	43,30		
														T3	3,17	,86	-28,48	34,83		
														T4	23,81	,04	5,73	41,88		
														T5	-6,35	,54	-25,02	12,32		

Tabla 45 - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dificultad para Dormir (SL; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC		GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	AR(1)	1,42	,25	3	60,15						T2	30,53	20,77	40,28	35,85	21,84	49,86	25,20	11,63	38,76
											T3	24,88	13,88	35,88	32,86	16,31	49,40	16,90	2,40	31,40
											T4	31,30	18,12	44,49	36,59	16,76	56,42	26,01	8,63	43,40
											T5	20,25	4,76	35,73	13,12	-9,76	36,01	27,37	6,49	48,25
TxG		1,27	,29	3	60,15	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Grupos		,39	,54	1	45,93						T2	10,66	,28	-8,85	30,16					
											T3	15,95	,15	-6,05	37,96					
											T4	10,57	,43	-15,80	36,95					
											T5	-14,25	,36	-45,22	16,73					

Tabla 46.- Estadísticos descriptivos de las variables Cansancio (FA) y Disnea (DY) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo	Cansancio									Disnea								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																	
	22	18	,00	100,00	37,63	28,99	11,11	38,89	58,33	22	18	,00	100,00	16,67	30,43	,00	,00	33,33
	13	27	,00	88,89	29,91	29,18	,00	22,22	55,56	13	27	,00	33,33	5,13	12,52	,00	,00	,00
	9	31	,00	66,67	33,33	28,33	5,56	33,33	61,11	9	31	,00	66,67	14,81	24,22	,00	,00	33,33
	7	33	,00	100,00	26,98	33,25	11,11	22,22	22,22	7	33	,00	33,33	9,52	16,27	,00	,00	33,33
	3	37	,00	55,56	29,63	27,96	,00	33,33	55,56	3	37	,00	66,67	22,22	38,49	,00	,00	66,67
	1	39	11,11	11,11	11,11		11,11	11,11	11,11	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	N Total Inicial																	
G.E	1ª Sesión T																	
	23	27	,00	77,78	27,54	21,93	11,11	22,22	33,33	23	27	,00	33,33	2,90	9,60	,00	,00	,00
	18	32	,00	66,67	29,01	21,94	11,11	22,22	38,89	18	32	,00	66,67	5,56	17,15	,00	,00	,00
	11	39	,00	100,00	40,40	28,66	11,11	33,33	55,56	11	39	,00	33,33	6,06	13,48	,00	,00	,00
	8	42	,00	77,78	38,89	26,56	16,67	33,33	63,89	8	42	,00	33,33	4,17	11,79	,00	,00	,00
	5	45	22,22	55,55	33,33	13,61	22,22	33,33	44,44	5	45	,00	33,33	13,33	18,26	,00	,00	33,33
	4	46	,00	22,22	13,89	10,64	2,78	16,67	22,22	4	46	,00	33,33	8,33	16,67	,00	,00	25,00
	1	49	22,22	22,22	22,22		22,22	22,22	22,22	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	1	49	22,22	22,22	22,22		22,22	22,22	22,22	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	50								0	50							
	0	50								0	50							
	N Total Inicial																	

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos



Tabla 47.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Cansancio (FA; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,756	2,992	,051	3	24	,272	,756	8,797 <sup>3</sup>	1	8	,018	,524	,855	T2	36,38	19,17	53,58			
														T3	19,58	4,55	34,60			
														T4	39,95	23,32	56,58			
														T5	20,90	1,64	40,16			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
TxG	,756	1,847	,166	3	24	,188	,558							T2	24,60	5,76	43,45	48,15	19,36	76,94
														T3	20,63	4,18	37,09	18,52	-6,62	43,66
														T4	31,75	13,53	49,96	48,15	20,32	75,97
														T5	26,98	5,89	48,08	14,81	-17,41	47,04
Grupos		,180	,682	1	8	,022	,126							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	-23,55	,24	-57,96	10,86		
														T3	2,12	,90	-27,93	32,16		
														T4	-16,40	,39	-49,66	16,85		
														T5	12,17	,57	-26,35	50,69		

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T2-T3	16,799	4,501	,035	3,226	30,372

Grupo experimental:

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T2-T3	29,630	7,531	,026	6,918	52,342

Tabla 48.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Cansancio (FA; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	1,23	,31	3	68,50						T2	33,35	25,65	41,06	38,17	27,07	49,27	28,54	17,85	39,23	
											T3	31,02	22,07	39,97	33,45	19,90	47,00	28,59	16,89	40,29	
											T4	41,13	30,68	51,57	41,35	25,84	56,86	40,90	26,89	54,91	
											T5	35,50	23,80	47,20	36,33	19,29	53,38	34,66	18,63	50,69	
TxG		,31	,82	3	68,50	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos		,34	,56	1	54,14	GC	,36	,78	3	67,30	T2	9,63	,22	-5,78	25,04						
						GE	1,22	,31	3	68,76	T3	4,86	,59	-13,04	22,76						
											T4	,45	,97	-20,44	21,35						
											T5	1,67	,89	-21,73	25,07						

Tabla 49.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Disnea (DY; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales							Medias Estimadas					
															GT/GC					
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,771	,324	,808	3	24	,039	,182							T2	7,14	-2,76	17,04			
														T3	2,38	-4,62	9,38			
														T4	9,52	-5,05	24,10			
														T5	4,76	-4,28	13,80			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
														T2	14,29	3,44	25,13	1,8E-015	-16,57	16,57
														T3	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71
														T4	19,05	3,08	35,01	,00	-24,38	24,38
														T5	9,52	-3,38	19,42	,00	-15,12	15,12
TxG	,771	,324	,808	3	24	,039	,182							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
Grupos		3,529	,097	1	8	,306	,529							T2	14,29	,22	-5,51	-5,51		
														T3	4,76	,54	-9,24	-9,24		
														T4	19,05	,26	-10,10	-10,10		
														T5	9,52	,36	-8,55	-8,55		

Tabla 50. - Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Disnea (DY; QLQ-C30) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T +1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	AR(1)	,99	,41	3	54,35						T2	9,96	4,02	15,90	17,30	8,77	25,82	2,62	-5,66	10,89	
											T3	7,01	,20	13,83	9,29	-1,00	19,58	4,73	-4,21	13,68	
											T4	12,36	4,10	20,62	18,04	5,64	30,45	6,68	-4,23	17,59	
											T5	7,06	-2,62	16,75	8,94	-5,34	23,22	5,18	-7,91	18,27	
TxG		1,10	,36	3	54,35	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos		2,48	,12	1	36,54	GC	1,82	,16	3	46,74	T2	14,68	,02	2,80	26,56						
						GE	,16	,92	3	51,15	T3	4,56	,51	-9,07	18,19						
											T4	11,36	,18	-5,16	27,88						
											T5	3,76	,70	-15,61	23,13						

Tabla 51.- Estadísticos descriptivos de las variables Dolor en el Pecho y Dolor en el Brazo/Hombro (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo	Dolor en el Pecho									Dolor en el Brazo/Hombro								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	22	18	,00	33,33	7,58	14,30	,00	,00	8,33	22	18	,00	66,67	7,58	20,40	,00	,00	,00
	13	27	,00	100,00	17,95	37,55	,00	,00	16,67	13	27	,00	66,67	7,69	19,97	,00	,00	,00
	9	31	,00	100,00	11,11	33,33	,00	,00	,00	9	31	,00	100,00	22,22	37,27	,00	,00	50,00
	7	33	,00	33,33	14,29	17,82	,00	,00	33,33	7	33	,00	33,33	14,29	17,82	,00	,00	33,33
	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3	37	,00	33,33	11,11	19,25	,00	,00	33,33
	1	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
G.E	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	22	28	,00	100,00	16,67	28,64	,00	,00	33,33	21	29	,00	66,67	6,35	17,06	,00	,00	,00
	18	32	,00	33,33	5,56	12,78	,00	,00	,00	18	32	,00	66,67	7,41	18,28	,00	,00	,00
	11	39	,00	66,67	12,12	22,47	,00	,00	33,33	11	39	,00	66,67	6,06	20,10	,00	,00	,00
	6	44	,00	33,33	11,11	17,21	,00	,00	33,33	6	44	,00	33,33	5,56	13,61	,00	,00	8,33
	5	45	,00	33,33	6,67	14,91	,00	,00	16,67	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	0	50								0	50							
	0	50								0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 52.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dolor en el Pecho (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	IC <sub>S</sub>		
Tiempo	,538	,122	,845	1,615	12,918	,015	,122							T2	10,32	-,63	21,26			
														T3	7,94	-1,40	17,27			
														T4	7,14	-13,86	28,14			
														T5	12,70	1,03	24,37			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T2	9,52	-2,47	21,51	11,11	-7,20	29,43
														T3	4,76	-5,46	14,99	11,11	-4,51	26,73
														T4	14,29	-8,72	37,29	2,7E-015	-35,14	35,14
														T5	14,29	1,50	27,07	11,11	-8,41	30,63
														T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	-1,59	,90	-23,48	20,30		
														T3	-6,35	,54	-25,02	12,32		
														T4	14,29	,54	-27,72	56,29		
														T5	3,17	,81	-20,16	26,51		

Tabla 53.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Dolor en el Pecho (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE				GC			GE		
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	AR(1)	,02	1,00	3	64,99						T2	12,55	5,25	19,85	8,75	-1,59	19,10	16,35	6,05	26,65
											T3	12,40	3,73	21,07	17,44	4,27	30,62	7,36	-3,91	18,63
											T4	13,72	3,01	24,42	15,42	-,49	31,33	12,01	-2,32	26,33
											T5	13,89	,64	27,14	14,64	-3,48	32,77	13,14	-6,21	32,48
						Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
						GC	,48	,70	3	49,79	T2	-7,60	,30	-22,20	7,00					
						GE	,61	,61	3	55,52	T3	10,09	,25	-7,25	27,43					
											T4	3,42	,75	-17,99	24,83					
											T5	1,51	,91	-25,00	28,01					

Tabla 54.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dolor en el Brazo/Hombro (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,430	,633	,484	1,289	10,313	,073	,202	6,893 <sup>L</sup>	1	8	,030	,463	,773	T2	,00	,00	,00			
														T3	5,56	-,62	11,73			
														T4	9,52	-11,48	30,53			
														T5	12,70	1,03	24,37			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
TxG	,430	,819	,417	1,289	10,313	,093	,231							T2	,00	,00	,00	,00	,00	,00
								T3	,00	-6,76	6,76	11,11	,78	21,44						
								T4	19,05	-3,96	42,05	,00	-35,14	35,14						
								T5	14,29	1,50	27,07	11,11	-8,41	30,63						
Grupos	,215	,655	1	8	,026	,131							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
							T2	,00	,00	,00	,00	,00								
							T3	-11,11	-11,11	-23,46	1,24									
							T4	19,05	19,05	-22,96	61,05									
							T5	3,17	3,17	-20,16	26,51									

Tabla 55.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Dolor en el Brazo/ Hombro (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE				GC			GE		
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	NE	3,06	,06	3	17,03						T2	6,44	,93	11,95	11,95	-,59	15,03	5,66	-2,12	13,43
						T3	9,53	2,58	16,48	16,48	1,46	22,07	7,30	-2,04	16,63					
						T4	17,63	4,72	30,54	30,54	10,95	48,96	5,30	-12,18	22,79					
						T5	14,22	3,42	25,02	25,02	7,05	38,25	5,80	-9,21	20,81					
TxG	3,51	,04	3	17,03	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
					Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos	4,06	,07	1	10,84						T2	1,57	,78	-9,45	12,587						
					GC	6,69	,01	3	11,77	T3	4,46	,52	-9,44	18,366						
					GE	,11	,96	3	17,95	T4	24,65	,06	-1,17	50,475						
					T5	16,85	,11	-4,75	38,451											

Tabla 56.- Estadísticos descriptivos de las variable Dolor en Otras Partes del Cuerpo (LC-13) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Dolor en Otras Partes del Cuerpo								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	20	20	,00	100,00	25,00	38,81	,00	,00	58,33
	3ª Sesión T	12	28	,00	100,00	19,44	33,21	,00	,00	33,33
	Última Sesión T	7	33	,00	33,33	9,52	16,27	,00	,00	33,33
	1º Seguimiento	7	33	,00	100,00	38,10	40,50	,00	33,33	66,67
	2º Seguimiento	3	37	,00	66,67	22,22	38,49	,00	,00	66,67
	3º Seguimiento	0	40							
	4º Seguimiento	0	40							
	5º Seguimiento	0	40							
	6º Seguimiento	0	40							
7º Seguimiento	0	40								
G.E	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	20	30	,00	100,00	21,67	32,94	,00	,00	33,33
	3ª Sesión T	17	33	,00	66,67	9,80	19,60	,00	,00	16,67
	Última Sesión T	11	39	,00	33,33	6,06	13,48	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	6	44	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	3	47	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	4º Seguimiento	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	5º Seguimiento	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	6º Seguimiento	0	50							
7º Seguimiento	0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 57.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dolor en Otras Partes del Cuerpo (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																					
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas							
														GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	$1-\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	$p$	$\eta^2$	$1-\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
Tiempo	,758	2,200	,141	3	12	,355	,577							T2	27,78	-5,72	61,28				
														T3	16,67	-9,82	43,15				
														T4	5,56	-6,29	17,40				
														T5	27,78	-3,56	59,11				
														GC			GE				
TxG	,758	2,200	,141	3	12	,355	,577							ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	44,44	-2,93	91,82	11,11	-36,26	58,49	
														T3	22,22	-15,23	59,67	11,11	-26,34	48,56	
														T4	11,11	-5,64	27,86	,00	-16,75	16,75	
T5	55,56	11,24	99,87	,00	-44,31	44,31															
Grupos	1,563		,279	1	4	,281	,277							T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
														T2	33,33	,35	-33,66	100,33			
														T3	11,11	,68	-41,86	64,08			
														T4	11,11	,37	-12,58	34,80			
T5	55,56	,13	-7,11	118,23																	

Tabla 58.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dolor en Otras Partes del Cuerpo (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																													
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas																		
											GC+GE				GC			GE											
F.V	$\Sigma$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	Tiempo	DM/F	ET	$gl$	$p$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>									
Tiempo	ARH(1)	2,47	,09	3	25,02						T2	23,31	11,66	34,97	26,05	9,56	42,55	20,58	4,10	37,06									
											T3	16,88	7,01	26,74	21,49	6,47	36,51	12,26	-,53	25,06									
											T4	8,75	1,61	15,89	11,21	,15	22,28	6,29	-2,74	15,31									
											T5	19,34	2,01	36,68	38,06	14,21	61,92	,63	-24,54	25,79									
TxG	1,57		,22	3	25,02	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																							
						Grupos	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>														
Grupos	4,24		,05	1	29,20						T2	5,47	,64	-17,84	28,79														
											GC	2,94	,05	3	35,83	T3	9,22	,35	-10,51	28,95									
											GE	1,02	,39	3	34,35	T4	4,93	,48	-9,35	19,21									
T5	37,44	,04	2,77	72,11																									



Tabla 59.- Estadísticos descriptivos de las variables Boca Seca y Dificultad para Tragar (LC-13) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Boca Seca									Dificultad para Tragar								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	22	18	,00	33,33	10,61	15,89	,00	,00	33,33	22	18	,00	66,67	9,09	21,04	,00	,00	,00
	13	27	,00	,67	,10	,21	,00	,00	,17	13	27	,00	100,00	12,82	32,03	,00	,00	,00
	9	31	,00	33,33	3,70	11,11	,00	,00	,00	9	31	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	7	33	,00	33,33	4,76	12,60	,00	,00	,00	7	33	,00	100,00	33,33	38,49	,00	33,33	66,67
	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3	37	,00	33,33	11,11	19,25	,00	,00	33,33
	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
G.E	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	22	28	,00	33,33	3,03	9,81	,00	,00	,00	22	28	,00	33,33	1,52	7,11	,00	,00	,00
	18	32	,00	,33	,04	,11	,00	,00	,00	18	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	11	39	,00	66,67	12,12	22,47	,00	,00	33,33	11	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	6	44	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	6	44	,00	33,33	11,11	17,21	,00	,00	33,33
	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	50								0	50							
	0	50								0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 60.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Boca Seca (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

QLQ-C30 4T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,495	2,514	,132	1,484	11,871	,239	,503							T2	2,38	-4,62	9,38			
														T3	,10	-,01	,21			
														T4	13,49	-,70	27,69			
														T5	2,38	-4,62	9,38			
														GC		GE				
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
														T2	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71
														T3	,10	-,02	,22	,11	-,07	,29
														T4	4,76	-10,79	20,31	22,22	-1,53	45,97
														T5	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71
TxG	,495	1,926	,192	1,484	11,871	,194	,419													
Grupos		,091	,770	1	8	,011	,113							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	4,76	,54	-9,24	18,76		
														T3	-,02	,90	-,23	,20		
														T4	-17,46	,29	-45,85	10,93		
														T5	4,76	,54	-9,24	18,76		

Tabla 61.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Boca Seca (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC		GE					
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	ARH(1)	5,34	,00	3	30,01	T2-T3	7,16	2,03	40,68	,00	T2	7,24	7,24	11,37	11,69	5,82	17,55	2,79	-3,01	8,60	
						T3-T4	-9,71	3,98	20,78	,02	T3	,08	,08	,14	,13	,04	,21	,04	-,03	,11	
						GC: T2-T3	11,56	2,89	40,27	,00	T4	9,79	9,79	18,10	6,81	-5,57	19,19	12,77	1,68	23,85	
						GE: T3-T4	-12,73	5,32	20,88	,03	T5	2,14	2,14	7,46	5,28	-2,07	12,64	-,99	-8,68	6,69	
						GE: T4-T5	13,76	5,15	27,82	,01											
TxG		2,99	,05	3	30,01	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
						GC	5,87	,00	3	37,42	T2	8,89	,04	,64	17,15						
						GE	2,58	,07	3	40,81	T3	,09	,13	-,03	,20						
Grupos		,57	,46	1	27,48						T4	-5,96	,46	-22,57	10,66						
											T5	6,28	,22	-4,36	16,92						

Tabla 62.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dificultad para Tragar (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales				Medias Estimadas								
												GT/GC								
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,377	1,632	,237	1,130	9,038	,169	,335							T2	2,38	-4,62	9,38			
														T3	,00	,00	,00			
														T4	,00	,00	,00			
														T5	16,67	-4,72	38,05			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
TxG	,377	1,632	,237	1,130	9,038	,169	,335							T2	4,76	-2,91	12,43	,00	-11,71	11,71
														T3	,00	,00	,00	,00	,00	,00
														T4	,00	,00	,00	,00	,00	,00
														T5	33,33	9,91	56,76	3,6E-015	-35,79	35,79
Grupos		3,200	,111	1	8	,286	,497							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	4,76	,54	-9,24	18,76		
														T3	,00	.	,00	,00		
														T4	,00	.	,00	,00		
														T5	33,33	,19	-9,44	76,11		

Tabla 63- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dificultad para Tragar (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																									
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas														
											GC+GE			GC			GE								
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Tiempo	AR(1)	8,59	,00	3	49,25	T2-T5	-18,76	5,18	85,49	,00	T2	6,69	,65	12,73	11,95	3,32	20,58	1,42	-7,02	9,87					
						T3-T5	-19,11	4,90	67,23	,00	T3	6,34	-,33	13,00	11,75	1,79	21,71	,93	-7,93	9,79					
						T4-T5	-20,92	4,14	45,80	,00	T4	4,52	-3,42	12,47	8,38	-3,45	20,21	,67	-9,94	11,27					
						GC: T2-T5	-37,36	7,27	89,89	00	T5	25,45	15,73	35,16	39,31	25,66	52,96	11,59	-2,25	25,42					
						GC: T3-T5	-27,56	6,84	66,77	,00															
						GC: T4-T5	-30,93	5,67	43,70	,00															
TxG		1,97	,13	3	49,25	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																			
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>										
Grupos						5,88 ,02 1 39,98					GC	10,07	,00	3	45,68	T2	10,53	,09	-1,55	22,60					
											GE	1,11	,36	3	47,60	T3	10,82	,11	-2,51	24,15					
																T4	7,72	,34	-8,17	23,60					
																T5	27,73	,01	8,29	47,16					

Tabla 64.- Estadísticos descriptivos de las variables Tos y Hemoptosis (LC-13) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo		Tos									Hemoptosis								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	22	18	,00	100,00	33,33	29,10	,00	33,33	66,67	22	18	,00	33,33	4,55	11,71	,00	,00	,00
	3ª Sesión T	13	27	,00	66,67	25,64	19,97	,00	33,33	33,33	13	27	,00	33,33	2,56	9,25	,00	,00	,00
	Última Sesión T	9	31	,00	66,67	29,63	20,03	16,67	33,33	33,33	9	31	,00	33,33	3,70	11,11	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	7	33	33,33	66,67	42,86	16,27	33,33	33,33	66,67	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	3	37	33,33	66,67	55,56	19,25	33,33	66,67	66,67	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	1	39	66,67	66,67	66,67		66,67	66,67	66,67	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	4º Seguimiento	0	40								0	40							
	5º Seguimiento	0	40								0	40							
	6º Seguimiento	0	40								0	40							
7º Seguimiento	0	40								0	40								
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	22	28	,00	66,67	28,79	18,67	25,00	33,33	33,33	22	28	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3ª Sesión T	18	32	,00	66,67	27,78	20,61	,00	33,33	33,33	18	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Última Sesión T	11	39	,00	66,67	30,30	17,98	33,33	33,33	33,33	11	39	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	6	44	,00	33,33	27,78	13,61	25,00	33,33	33,33	3	47	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	5	45	,00	100,00	33,33	40,82	,00	33,33	66,67	5	45	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	4	46	,00	66,67	41,66	31,91	8,33	50,00	66,67	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	4º Seguimiento	1	49	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	5º Seguimiento	1	49	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	6º Seguimiento	0	50								0	50							
7º Seguimiento	0	50								0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 65.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Hemoptosis (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,333	,600	,495	1	3	,167	,163							T2	5,56	-11,32	22,43			
														T3	5,56	-11,32	22,43			
														T4	5,56	-11,32	22,43			
														T5	,00	,00	,00			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
TxG	,333	,600	,495	1	3	,167	,163							T2	11,11	-10,24	32,46	,00	-26,15	26,15
														T3	11,11	-10,24	32,46	,00	-26,15	26,15
														T4	11,11	-10,24	32,46	,00	-26,15	26,15
														T5	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Grupos		,600	,495	1	3	,167	,163							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	11,11	,50	-22,65	44,87		
														T3	11,11	,50	-22,65	44,87		
														T4	11,11	,50	-22,65	44,87		
														T5	,00	.	,00	,00		

Tabla 66.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Hemoptosis (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																							
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas												
											GC+GE			GC			GE						
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	AR(1)	3,45	,02	3	50,77	T2-T5	5,22	1,86	61,04	,04													
						T3-T5	5,06	1,76	56,43	,03	T2	2,19	,04	4,35	4,39	1,29	7,48	1,8E-015	-3,00	3,00			
						T4-T5	5,03	1,58	51,63	,01	T3	2,03	-,26	4,32	4,06	,69	7,43	1,2E-015	-3,09	3,09			
						GC: T2-T5	10,45	2,66	62,24	,00	T4	2,00	-,59	4,59	4,01	,17	7,84	1,3E-015	-3,48	3,48			
						GC: T3-T5	10,12	2,51	56,50	,00	T5	-3,03	-6,85	,79	-6,06	-11,55	-,58	1,8E-015	-5,31	5,31			
						GC: T4-T5	10,06	2,23	51,42	,00													
TxG		3,45	,02	3	50,77	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																	
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>								
Grupos			,52	,48	1	57,83					T2	4,39	,05	,07	8,70								
							GC	6,89	,00	3	50,28	T3	4,06	,08	-,51	8,63							
							GE	,00	1,00	3	50,48	T4	4,01	,13	-1,17	9,19							
												T5	-6,06	,12	-13,70	1,58							

Tabla 67.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Tos (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																					
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales				Medias Estimadas									
												GT/GC									
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
Tiempo	,744	634	,559	2,232	17,855	,073	,238	3,503 <sup>3</sup>	1	8	,098	,305	,527	T2	30,16	9,42	50,90				
														T3	33,33	18,21	48,46				
														T4	19,84	5,65	34,04				
														T5	32,54	21,59	43,48				
														GC			GE				
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
TxG	,744	,346	,735	2,232	17,855	,041	,175							T2	38,10	15,38	60,82	22,22	-12,48	56,93	
														T3	33,33	16,77	49,90	33,33	8,03	58,64	
														T4	28,57	13,02	44,12	11,11	-12,64	34,86	
														T5	42,86	30,87	54,85	22,22	3,91	40,54	
Grupos	1,828		,213	1	8	,186	,344							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
														T2	15,87	,50	-25,61	57,35			
														T3	,00	1,00	-30,25	30,25			
														T4	17,46	,29	-10,93	45,85			
														T5	20,63	,12	-1,26	42,53			

Tabla 68.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Tos (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																								
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas													
											GC+GE				GC			GE						
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
Tiempo	AR(1)	1,00	,40	3	71,16						T2	31,28	24,85	37,70	33,45	24,35	42,56	29,10	20,04	38,17				
											T3	26,06	18,45	33,68	25,61	14,04	37,18	26,52	16,61	36,42				
											T4	29,34	19,94	38,74	29,52	15,55	43,50	29,15	16,58	41,73				
											T5	36,65	25,01	48,29	43,18	27,25	59,11	30,12	13,16	47,09				
TxG	,44	,72	3	71,16	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																			
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>									
						GC	1,33	,27	3	57,70	T2	4,35	,50	-8,50	17,20									
						GE	,10	,96	3	63,03	T3	-,91	,91	-16,14	14,32									
																	T4	,37	,97	-18,43	19,17			
																	T5	13,06	,27	-10,22	36,33			



Tabla 69.- Estadísticos descriptivos de la variable Disnea (LC-13) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Disnea								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	22	18	,00	88,89	16,16	23,69	,00	5,56	25,00
	3ª Sesión T	13	27	,00	33,33	9,40	13,49	,00	,00	22,22
	Última Sesión T	9	31	,00	44,44	13,58	16,46	,00	11,11	27,78
	1º Seguimiento	7	33	,00	44,44	19,05	18,94	,00	11,11	44,44
	2º Seguimiento	3	37	11,11	22,22	14,81	6,42	11,11	11,11	22,22
	3º Seguimiento	1	39	22,22	22,22	22,22		22,22	22,22	22,22
	4º Seguimiento	0	40							
	5º Seguimiento	0	40							
	6º Seguimiento	0	40							
7º Seguimiento	0	40								
G.E	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	22	28	,00	44,44	9,09	11,18	,00	11,11	11,11
	3ª Sesión T	18	32	,00	44,44	15,43	13,81	,00	11,11	25,00
	Última Sesión T	11	39	,00	66,67	21,21	20,76	,00	22,22	33,33
	1º Seguimiento	6	44	,00	33,33	14,81	11,48	8,33	11,11	25,00
	2º Seguimiento	5	45	,00	33,33	22,22	13,61	11,11	22,22	33,33
	3º Seguimiento	4	46	,00	33,33	19,44	13,98	5,56	22,22	30,55
	4º Seguimiento	1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
	5º Seguimiento	1	49	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
6º Seguimiento	0	50								
7º Seguimiento	0	50								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 70.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Disnea (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																						
MLG_AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG_Contrastes ortogonales						Medias Estimadas								
														GT/GC								
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
Tiempo	,401	1,036	,350	1,203	9,626	,115	,259	3,785 <sup>3</sup>	1	8	,088	,321	,553	T2	13,49	4,16	22,83					
														T3	11,11	2,38	19,84					
														T4	20,90	9,52	32,28					
TxG	,401	,673	,459	1,203	9,626	,078	,204							GC			GE					
														T2	15,87	5,65	26,10	11,11	-4,51	26,73		
														T3	11,11	1,55	20,68	11,11	-3,50	25,72		
														T4	15,87	3,41	28,34	25,93	6,89	44,97		
														T5	19,05	7,30	30,79	14,81	-3,13	32,76		
														DM/GC-GE			<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
														T2	4,76	,65	-13,91	23,43				
T3	-6,8E-015	1,00	-17,46	17,46																		
T4	-10,05	,44	-32,81	12,70																		
T5	4,23	,72	-17,21	25,68																		
Grupos		,001	,975	1	8	,00	,100							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T3-T4	-9,788	2,091	,009	-16,096	-3,481

Grupo experimental:

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T4	-14,815	4,900	,099	-29,591	-,039
T3-T4	-14,815	3,500	,017	-25,369	-4,261

Tabla 71- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Disnea (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T +1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	NE	22,43	,00	3	9,13	T2-T4	-8,61	2,68	21,12	,025	T2	13,13	7,79	18,46	16,98	9,32	24,64	9,28	1,85	16,70
						T3-T4	-8,40	2,12	19,18	,005	T3	13,33	7,85	18,81	13,45	5,37	21,53	13,21	5,81	20,62
						GE: T2-T4	-14,20	3,58	23,63	,004	T4	21,74	13,55	29,92	20,00	7,97	32,02	23,48	12,37	34,60
						GE: T3-T4	-10,26	2,87	10,08	,012	T5	19,34	6,58	32,10	16,89	-1,91	35,70	21,79	4,45	39,14
TxG		3,53	,06	3	9,13	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Grupos		,00	,98	1	28,57	GC	6,88	,01	3	7,62	T2	7,70	,15	-2,97	18,37					
						GE	18,09	,00	3	10,17	T3	,24	,97	-10,72	11,19					
											T4	-3,48	,67	-19,86	12,89					
											T5	-4,90	,66	-30,42	20,62					

Tabla 72.- Estadísticos descriptivos de las variables Neuropatía Periférica y Alopecia (LC-13) para los pacientes con cáncer de pulmón de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Neuropatía Periférica									Alopecia								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																	
	22	18	,00	66,67	9,09	18,35	,00	,00	8,33	22	18	,00	100,00	27,27	35,09	,00	16,67	33,33
	13	27	,00	100,00	10,26	28,50	,00	,00	,00	13	27	,00	100,00	28,21	32,90	,00	33,33	50,00
	9	31	,00	33,33	3,70	11,11	,00	,00	,00	9	31	,00	100,00	40,74	36,43	16,67	33,33	66,67
	7	33	,00	100,00	28,57	40,50	,00	,00	66,67	7	33	,00	100,00	23,81	41,79	,00	,00	66,67
	3	37	33,33	66,67	44,44	19,25	33,33	33,33	66,67	3	37	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	39	66,67	66,67	66,67		66,67	66,67	66,67	1	39	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
	0	40								0	40							
G.E	1ª Sesión T																	
	22	28	,00	66,67	7,58	17,61	,00	,00	,00	21	29	,00	66,67	15,87	24,99	,00	,00	33,33
	18	32	,00	66,67	11,11	19,80	,00	,00	33,33	18	32	,00	100,00	25,93	26,95	,00	33,33	33,33
	11	39	,00	100,00	15,15	31,14	,00	,00	33,33	11	39	,00	66,67	30,30	23,35	,00	33,33	33,33
	6	44	,00	100,00	50,00	34,96	25,00	50,00	75,00	6	44	,00	33,33	11,11	17,21	,00	,00	33,33
	5	45	,00	33,33	13,33	18,26	,00	,00	33,33	5	45	,00	66,67	13,33	29,81	,00	,00	33,33
	4	46	,00	33,33	16,67	19,24	,00	16,67	33,33	4	46	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	49	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	0	50								0	50							
	0	50								0	50							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 73.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Neuropatía Periférica (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,413	3,713	,077	1,239	9,914	,317	,599	4,116 <sup>L</sup>	1	8	,077	,340	,583	T2	2,38	-4,62	9,38			
														T3	5,56	-,62	11,73			
														T4	2,38	-4,62	9,38			
														T5	30,95	6,04	55,87			
														GC		GE				
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
TxG	,413	,293	,649	1,239	9,914	,035	,146							T2	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71
														T3	,00	-6,76	6,76		11,11	,78
Grupos		,039	,848	1	8	,005	,106							T4	4,76	-2,91	12,43	1,0E-015	-11,71	11,71
														T5	28,57	1,28	55,86		33,33	-8,36
														T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	4,76	4,76	-9,24	18,76		
														T3	-11,11	-11,11	-23,46	1,24		
														T4	4,76	4,76	-9,24	18,76		
														T5	-4,76	-4,76	-54,59	45,07		

Tabla 74.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Neuropatía Periférica (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE				GC			GE		
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	NE	2,71	,09	3	11,45						T2	9,60	3,81	15,40	8,99	,66	17,32	10,21	2,15	18,28
											T3	10,70	1,93	19,47	9,62	-3,71	22,95	11,78	,38	23,18
											T4	11,24	1,89	20,59	4,50	-9,11	18,11	17,98	5,16	30,80
											T5	37,43	15,55	59,31	27,37	-2,88	57,62	47,49	15,82	79,17
TxG		1,38	,30	3	11,45	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
Grupos		1,59	,23	1	14,56	Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
											GC	1,38	,31	3	9,98	T2	-1,22	,83	-12,82	10,37
											GE	2,76	,08	3	13,07	T3	-2,16	,80	-19,70	15,38
																T4	-13,48	,15	-32,18	5,21
																T5	-20,12	,33	-63,88	23,64

Tabla 75.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Alopecia (LC-13) en las 3 sesiones de tratamiento y primera medida de seguimiento

3T + 1S																							
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas									
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	GT/GC									
														T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	GC			GE		
														T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
								11,558 <sup>C</sup>	1	8	,009	,591	,926	T2	30,16	4,49	55,83						
														T3	30,95	6,04	55,87						
														T4	46,03	24,14	67,92						
														T5	11,90	-11,31	35,12						
														GC			GE						
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>				
								4,036 <sup>C</sup>	1	8	,079	,335	,576	T2	38,10	9,98	66,21	22,22	-20,73	65,17			
														T3	28,57	1,28	55,86	33,33	-8,36	75,02			
														T4	47,62	23,64	71,60	44,44	7,82	81,07			
														T5	23,81	-1,62	49,24	,00	-38,85	38,85			
														T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
														T2	15,87	,58	-35,46	67,21					
														T3	-4,76	,86	-54,59	45,07					
														T4	3,17	,90	-40,61	46,95					
														T5	23,81	,37	-22,63	70,25					
Tiempo		,508	2,955	,099	1,524	12,188	,270	,566															
TxG		,508	,617	,513	1,524	12,188	,072	,209															
Grupos		,194	,671	1	8	,024	,128																

Tabla 76.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Alopecia EORTC- en las 3 sesiones de tratamiento, y primera medida de seguimiento

3T + 1S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)						Medias Estimadas								
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	GC+GE				GC			GE		
											T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
						T2	21,84	21,84	21,84	27,42	14,64	40,20	16,25	3,24	29,27					
						T3	24,58	24,58	24,58	23,61	7,38	39,84	25,54	11,62	39,46					
						T4	33,60	33,60	33,60	39,95	20,34	59,55	27,25	9,61	44,90					
						T5	15,10	15,10	15,10	21,18	-1,18	43,53	9,03	-14,78	32,83					
						Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
						GC	1,11	,35	3	64,41	T2	11,17	,23	-7,07	29,41					
						GE	1,02	,39	3	69,12	T3	-1,93	,86	-23,31	19,45					
												T4	12,70	,34	-13,68	39,07				
												T5	12,15	,46	-20,50	44,80				
Tiempo		AR(1)	1,60	,20	3	75,92														
TxG		,54	,65	3	75,92															
Grupos		1,23	,27	1	49,04															

## PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Tabla 77.- Estadísticos descriptivos de la variable Estado General (EG) y Estado de Salud (ES) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo		Estado General									Estado de Salud								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T	35	0	,00	10,00	7,23	2,09	6,00	7,00	9,00	35	0	4,00	10,00	7,77	1,85	6,00	8,00	9,00
	2ª Sesión T	31	4	2,00	10,00	7,65	1,94	7,00	8,00	9,00	31	4	2,00	10,00	7,87	2,11	6,00	8,00	10,00
	3ª Sesión T	26	9	3,00	10,00	7,12	2,03	5,75	7,50	9,00	26	9	,00	10,00	7,31	2,13	6,00	7,00	9,00
	4ª Sesión T	23	12	,00	10,00	7,35	2,52	7,00	8,00	9,00	23	12	3,00	10,00	7,43	2,04	6,00	8,00	9,00
	5ª Sesión T	21	14	3,00	10,00	6,86	1,90	5,50	7,00	8,00	21	14	5,00	10,00	7,43	1,91	5,00	8,00	9,00
	Última Sesión T	22	13	,00	10,00	6,86	2,51	5,00	7,00	9,00	22	13	5,00	10,00	7,32	1,73	5,75	7,50	9,00
	1º Seguimiento	19	16	5,00	10,00	8,37	1,61	7,00	8,00	10,00	19	16	,00	10,00	8,32	2,47	8,00	9,00	10,00
	2º Seguimiento	20	15	3,00	10,00	7,95	1,76	7,25	8,00	9,00	20	15	5,00	10,00	8,15	1,50	7,00	8,00	9,75
	3º Seguimiento	15	20	6,00	10,00	8,73	1,33	8,00	9,00	10,00	15	20	6,00	10,00	8,53	1,25	8,00	9,00	10,00
	4º Seguimiento	10	25	7,00	10,00	8,40	1,26	7,00	8,00	10,00	10	25	6,00	10,00	7,90	1,29	6,75	8,00	9,00
	5º Seguimiento	8	27	7,00	10,00	8,88	1,13	8,00	9,00	10,00	8	27	7,00	10,00	8,88	1,13	8,00	9,00	10,00
	6º Seguimiento	7	28	7,00	10,00	8,43	,98	8,00	8,00	9,00	7	28	7,00	10,00	8,43	,98	8,00	8,00	9,00
7º Seguimiento	4	31	6,00	10,00	8,00	1,63	6,50	8,00	9,50	4	31	8,00	10,00	8,50	1,00	8,00	8,00	9,50	
G.E	1ª Sesión T	30	3	3,00	10,00	7,30	1,91	5,00	8,00	8,25	30	3	5,00	10,00	7,33	1,83	5,00	8,00	9,00
	2ª Sesión T	25	8	3,00	10,00	7,36	1,73	6,00	8,00	8,00	25	8	3,00	10,00	7,44	1,89	6,00	8,00	9,00
	3ª Sesión T	23	10	5,00	10,00	7,43	1,53	6,00	7,00	9,00	23	10	5,00	10,00	7,35	1,72	6,00	8,00	9,00
	4ª Sesión T	22	11	3,00	10,00	7,23	2,05	5,75	7,50	9,00	22	11	3,00	10,00	7,32	2,03	6,00	7,00	9,25
	5ª Sesión T	20	13	,00	10,00	6,35	2,46	5,00	7,00	8,00	20	13	,00	10,00	6,55	2,35	5,25	7,00	8,00
	Última Sesión T	17	16	5,00	10,00	7,41	1,37	6,00	8,00	8,00	17	16	4,00	10,00	6,94	1,64	5,50	7,00	8,00
	1º Seguimiento	18	15	5,00	10,00	7,44	1,72	6,00	7,50	9,00	18	15	,00	10,00	6,94	2,34	5,75	7,00	8,25
	2º Seguimiento	18	15	4,00	10,00	7,56	1,65	6,00	7,50	9,00	18	15	4,00	10,00	7,50	1,82	5,75	8,00	9,00
	3º Seguimiento	13	20	5,00	10,00	7,46	1,56	6,00	7,00	9,00	13	20	5,00	10,00	7,46	1,56	6,00	7,00	9,00
	4º Seguimiento	8	25	5,00	9,00	7,38	1,51	6,25	7,00	9,00	8	25	5,00	9,00	7,13	1,55	5,50	7,00	8,75
	5º Seguimiento	8	25	5,00	10,00	7,63	1,85	5,50	8,00	9,00	8	25	5,00	9,00	8,00	1,41	7,25	8,50	9,00
	6º Seguimiento	2	31	8,00	9,00	8,50	,71	8,00	8,50	9,00	2	31	8,00	9,00	8,50	,71	8,00	8,50	9,00
7º Seguimiento	1	32	9,00	9,00	9,00		9,00	9,00	9,00	1	32	9,00	9,00	9,00		9,00	9,00	9,00	

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 78- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estado General (EG) en las 6 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

6 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	<i>p</i>	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
								8,439 <sup>3</sup>	1	29	,007	,225	,883	T1	7,21	6,64	7,77			
														T2	7,82	7,33	8,32			
														T3	7,33	6,73	7,92			
														T4	7,67	7,03	8,32			
														T5	6,70	5,97	7,42			
														T6	7,10	6,39	7,80			
														T7	7,94	7,42	8,46			
Tiempo	,623	3,592	,007	4,364	126,558	,110	,936							T8	7,72	7,22	8,22			
														GC			GE			
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T1	7,41	6,65	8,17	7,00	6,16	7,84
														T2	7,65	6,98	8,31	8,00	7,27	8,73
														T3	7,29	6,50	8,09	7,36	6,48	8,24
														T4	7,71	6,84	8,57	7,64	6,69	8,59
														T5	6,82	5,85	7,80	6,57	5,50	7,64
														T6	6,76	5,81	7,72	7,43	6,38	8,48
														T7	8,24	7,53	8,94	7,64	6,87	8,42
TxG	,623	,917	,462	4,364	126,558	,031	,422							T8	7,94	7,26	8,62	7,50	6,75	8,25
Grupos		,022	,882	1	29	,001	,104							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T1	,41	,54	-,72	1,54		
														T2	-,35	,55	-1,34	,64		
														T3	-,06	,93	-1,25	1,12		
														T4	,06	,93	-1,22	1,35		
														T5	,25	,77	-1,20	1,70		
														T6	-,66	,43	-2,08	,75		
														T7	,59	,34	-,45	1,64		
														T8	,44	,46	-,57	1,45		

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T5	1,126	,328	,051	,085	2,167
T5-T7	-1,242	,298	,007	-2,186	-,297

Grupo control

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T5-T7	-1,412	,400	,040	-2,682	-,142
T6-T7	-1,471	,389	,020	-2,704	-,237



Tabla 79.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estado General en las 6 sesiones de tratamiento, y dos medidas de seguimiento

6 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE				GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/ F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo ( 1 )	A	3,00	,01	7	131,73	T5-T7	-1,25	,32	98,35	,006	T1	7,27	6,77	7,77	7,23	6,55	7,91	7,31	6,58	8,04	
	R					GC: T5-T7	-1,45	,45	97,82	,048	T2	7,51	7,03	7,99	7,51	6,85	8,16	7,51	6,80	8,22	
	H										T3	7,20	6,70	7,71	7,14	6,46	7,83	7,26	6,53	7,99	
											T4	7,21	6,52	7,89	7,21	6,26	8,16	7,21	6,22	8,19	
											T5	6,57	5,89	7,25	6,85	5,91	7,79	6,29	5,32	7,26	
											T6	7,03	6,38	7,68	6,82	5,94	7,70	7,23	6,28	8,19	
											T7	7,82	7,30	8,34	8,30	7,59	9,02	7,34	6,59	8,09	
											T8	7,74	7,19	8,29	7,94	7,18	8,70	7,54	6,73	8,34	
TxG	1,74	,10	7	131,73	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																
Grupos						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T1	-,08	,87	-1,08	,92						
											T2	,00	,99	-,97	,96						
											T3	-,12	,81	-1,12	,88						
							GC	3,38	,00	7	148,38	T4	,00	1,00	-1,36	1,37					
							GE	1,51	,17	7	145,69	T5	,56	,41	-,80	1,91					
												T6	-,42	,52	-1,72	,88					
												T7	,96	,07	-,08	2,00					
												T8	,41	,46	-,70	1,51					

Tabla 80.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estado de Salud (ES) en las 6 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

6 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,702	1,550	,179	4,916	142,577	,051	,653							T1	7,65	7,05	8,25			
														T2	8,07	7,51	8,62			
														T3	7,52	6,90	8,14			
														T4	7,57	6,94	8,20			
														T5	7,13	6,43	7,82			
														T6	7,11	6,56	7,65			
														T7	7,77	7,10	8,44			
														T8	7,72	7,23	8,22			
														GC		GE				
														ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T1	7,94	7,14	8,74	7,36	6,47	8,24
														T2	8,06	7,32	8,80	8,07	7,25	8,89
														T3	7,47	6,63	8,31	7,57	6,65	8,49
														T4	7,71	6,86	8,55	7,43	6,49	8,36
														T5	7,47	6,54	8,40	6,79	5,76	7,81
														T6	7,35	6,62	8,09	6,86	6,05	7,66
														T7	8,12	7,21	9,02	7,43	6,43	8,42
														T8	8,24	7,57	8,90	7,21	6,48	7,95
TxG	,702	,534	,748	4,916	142,577	,018	,297							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
Grupos	,765	,389	1	29	,026	,221								T1	,58	,41	-,61	1,78		
														T2	-,01	,98	-1,12	1,09		
														T3	-,10	,89	-1,35	1,14		
														T4	,28	,71	-,99	1,54		
														T5	,68	,41	-,70	2,07		
														T6	,50	,45	-,59	1,59		
														T7	,69	,39	-,65	2,03		
														T8	1,02	,09	,03	2,01		

Tabla 81.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estado de Salud en las 6 sesiones de tratamiento, y dos medidas de seguimiento

6 T +2S																					
MLM (Efectos principales)					MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas											
										GC+GE			GC			GE					
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>i</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>i</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>i</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	1,60	,14	7	300,35						T1	7,53	7,04	8,01	7,77	7,11	8,43	7,29	6,57	8,00	
											T2	7,64	7,12	8,15	7,81	7,12	8,51	7,46	6,70	8,23	
											T3	7,25	6,71	7,79	7,26	6,52	8,00	7,24	6,45	8,03	
											T4	7,23	6,67	7,79	7,27	6,49	8,04	7,19	6,39	7,99	
											T5	6,88	6,30	7,46	7,28	6,48	8,08	6,48	5,65	7,31	
											T6	6,97	6,38	7,56	7,14	6,35	7,93	6,79	5,92	7,67	
											T7	7,38	6,78	7,97	8,03	7,20	8,86	6,72	5,85	7,58	
											T8	7,64	7,05	8,23	7,95	7,13	8,76	7,34	6,48	8,20	
TxG		,80	,59	7	300,35	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>i</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T1	,49	,32	-,48	1,46						
											T2	,35	,50	-,68	1,38						
											T3	,02	,97	-1,06	1,10						
											T4	,08	,89	-1,04	1,19						
											T5	,80	,17	-,35	1,95						
											T6	,35	,56	-,83	1,53						
											T7	1,32	,03	,12	2,51						
											T8	,61	,31	-,58	1,80						
Grupos		1,74	,19	1	62,53	GC	1,30	,247		7	299,65										
						GE	1,10	,357		7	300,10										

Tabla 82.- Estadísticos descriptivos de las variables Índice de Karnofsky (IK) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Índice de Karnofsky								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T	33	2	80,00	100,00	92,42	5,61	90,00	90,00	100,00
	2ª Sesión T	26	9	80,00	100,00	90,38	5,99	90,00	90,00	90,00
	3ª Sesión T	24	11	80,00	100,00	89,17	5,84	90,00	90,00	90,00
	4ª Sesión T	17	18	80,00	100,00	88,24	5,29	85,00	90,00	90,00
	5ª Sesión T	14	21	80,00	100,00	87,86	5,79	80,00	90,00	90,00
	Última Sesión T	15	20	80,00	100,00	87,33	5,94	80,00	90,00	90,00
	1º Seguimiento	2	33	90,00	90,00	90,00	,00	90,00	90,00	90,00
	2º Seguimiento	0	35							
	3º Seguimiento	1	34	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	4º Seguimiento	1	34	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	5º Seguimiento	0	35							
	6º Seguimiento	0	35							
	7º Seguimiento	0	35							
G.E	1ª Sesión T	32	1	80,00	100,00	91,25	4,92	90,00	90,00	90,00
	2ª Sesión T	22	11	80,00	100,00	90,00	6,17	90,00	90,00	90,00
	3ª Sesión T	16	17	80,00	100,00	88,75	6,19	82,50	90,00	90,00
	4ª Sesión T	15	18	80,00	100,00	88,00	5,61	80,00	90,00	90,00
	5ª Sesión T	13	20	80,00	100,00	86,92	6,30	80,00	90,00	90,00
	Última Sesión T	11	22	80,00	90,00	88,18	4,05	90,00	90,00	90,00
	1º Seguimiento	1	32	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	2º Seguimiento	1	32	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	3º Seguimiento	1	32	90,00	90,00	90,00		90,00	90,00	90,00
	4º Seguimiento	0	33							
	5º Seguimiento	0	33							
	6º Seguimiento	0	33							
	7º Seguimiento	0	33							

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 83.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Índice de Karnofsky (IK) sólo en las 6 sesiones de tratamiento

6 T																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,461	2,498	,091	2,307	32,296	,151	,633	4,323 <sup>L</sup>	1	14	,056	,236	,630	T1	92,22	89,78	94,66			
														T2	89,84	87,00	92,68			
														T3	88,73	85,89	91,57			
														T4	88,73	85,89	91,57			
														T5	88,73	85,89	91,57			
														T6	88,17	85,68	90,67			
																	GC			GE
									ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
TxG	,461	1,057	,367	2,307	32,296	,070	,348							T1	94,44	91,22	97,67	90,00	86,34	93,66
														T2	91,11	87,35	94,87	88,57	84,31	92,84
														T3	88,89	85,13	92,65	88,57	84,31	92,84
														T4	88,89	85,13	92,65	88,57	84,31	92,84
														T5	88,89	85,13	92,65	88,57	84,31	92,84
														T6	87,78	84,48	91,07	88,57	84,83	92,31
Grupos		,214	,651	1	14	,015	,133							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T1	4,44	,13	-,43	9,32		
														T2	2,54	,44	-3,15	8,23		
														T3	,32	,92	-5,37	6,00		
														T4	,32	,92	-5,37	6,00		
														T5	,32	,92	-5,37	6,00		
														T6	-,79	,78	-5,78	4,19		

Tabla 84.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Índice de Karnofsky (IK) en las 6 sesiones de tratamiento, y dos medidas de seguimiento

6 T +2S																									
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas														
											GC+GE			GC			GE								
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Tiempo	AR1	3,25	,00	7	173,28	T1-T4	3,25	,90	219,38	,012	T1	91,84	90,46	90,46	92,42	90,49	94,35	91,25	89,29	93,21					
						T1-T5	4,25	1,04	226,98	,001	T2	90,11	88,64	88,64	90,64	88,62	92,66	89,57	87,44	91,70					
						T1-T6	4,54	1,12	220,98	,005	T3	89,47	87,88	87,88	89,50	87,39	91,61	89,44	87,08	91,80					
						GC:T1-T6	5,18	1,50	221,19	,015	T4	88,58	86,87	86,87	88,69	86,36	91,02	88,48	85,96	91,01					
											T5	87,59	85,72	85,72	88,27	85,73	90,81	86,90	84,18	89,62					
										T6	87,29	85,31	85,31	87,24	84,61	89,88	87,34	84,37	90,31						
										T7	87,96	83,27	83,27	87,92	82,43	93,42	87,99	80,40	95,58						
										T8	88,49	79,25	79,25	.	.	.	88,49	79,25	97,72						
TxG		,32	,93	6	166,42	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																			
Grupos				1	97,86	Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>										
						GC	2,50	,02	6	165,75	T1	1,17	,40	-1,58	3,93										
						GE	1,46	,18	7	172,62	T2	1,07	,47	-1,87	4,01										
											T3	,06	,97	-3,11	3,22										
											T4	,20	,91	-3,23	3,64										
											T5	1,38	,47	-2,35	5,10										
											T6	-,09	,96	-4,06	3,88										
											T7	-,07	,99	-9,44	9,30										
																T8									

Tabla 85.- Estadísticos descriptivos de las variable Calidad de Vida valorada por el médico (CV) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE), en cada momento de medida.

Grupo	C.V	Todos los pacientes				Solo los pacientes que tienen las dos medidas			
		n <sub>i</sub>	M	DT	Me	n <sub>i</sub>	M	DT	Me
G.C	C.V. I	33	9,03	,636	9	17	9,23	,562	9
	C.V. F	17	8,23	1,03	8	17	8,23	1,03	8
G.E	C.V. I	32	8,81	,780	9	9	9	,50	9
	C.V. F	9	7,88	1,36	8	9	7,88	1,36	8

Leyenda: C.V= Calidad de Vida estimada por el médico; I, F= C.V. al inicio del tratamiento y al final del tratamiento; n<sub>i</sub>=tamaño de grupo; M= Media aritmética; D.T= Desviación típica; Me= mediana

Tabla 86.- Estadísticos descriptivos de las variables de Ansiedad (HAD-A) y Depresión (HAD-D) de la Escala de ansiedad y depresión (HADS) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida.

grupo	HAD-A										HAD-D								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T	31	4	1,00	16,00	6,45	4,19	3,00	5,00	9,00	31	4	,00	11,00	2,61	2,94	,00	2,00	4,00
	2ª Sesión T	30	5	,00	19,00	5,13	5,20	1,00	4,00	7,00	30	5	,00	18,00	2,63	4,13	,00	1,00	3,25
	3ª Sesión T	24	11	,00	16,00	4,88	4,44	1,00	4,50	7,00	24	11	,00	16,00	2,71	4,27	,00	1,00	3,00
	4ª Sesión T	21	14	,00	17,00	4,29	4,85	,50	2,00	6,50	21	14	,00	16,00	2,95	4,63	,00	1,00	2,50
	5ª Sesión T	21	14	,00	18,00	4,57	4,83	,50	3,00	9,00	21	14	,00	20,00	3,24	5,82	,00	1,00	3,00
	Última Sesión T	18	17	,00	13,00	3,67	4,09	,75	2,00	6,50	18	17	,00	13,00	2,89	3,32	1,00	1,00	5,25
	1º Seguimiento	18	17	,00	19,00	4,50	5,12	,00	3,50	8,25	18	17	,00	13,00	2,72	3,72	,00	1,00	3,75
	2º Seguimiento	18	17	,00	17,00	4,06	4,32	1,00	2,50	7,00	18	17	,00	12,00	2,33	3,20	,00	1,00	2,75
	3º Seguimiento	11	24	,00	18,00	5,09	5,58	,00	4,00	8,00	11	24	,00	15,00	3,91	5,99	,00	1,00	10,00
	4º Seguimiento	9	26	,00	17,00	5,89	5,37	1,00	7,00	8,00	9	26	,00	11,00	2,33	3,64	,00	1,00	3,50
	5º Seguimiento	9	26	,00	7,00	3,33	2,87	,50	4,00	6,00	9	26	,00	3,00	,89	1,05	,00	1,00	1,50
	6º Seguimiento	7	28	,00	10,00	3,86	3,85	,00	2,00	7,00	7	28	,00	6,00	1,43	2,15	,00	1,00	2,00
7º Seguimiento	2	33	,00	6,00	3,00	4,24	,00	3,00	6,00	2	33	,00	1,00	,50	,71	,00	,50	1,00	
G.E	1ª Sesión T	27	6	,00	17,00	5,81	3,77	4,00	5,00	7,00	27	6	,00	21,00	4,22	4,43	2,00	3,00	5,00
	2ª Sesión T	25	8	,00	17,00	6,68	5,09	3,00	6,00	10,00	25	8	,00	15,00	4,96	4,52	,50	4,00	8,00
	3ª Sesión T	21	12	,00	14,00	5,19	3,91	2,00	4,00	7,50	21	12	,00	14,00	4,24	4,25	,00	3,00	7,00
	4ª Sesión T	20	13	,00	15,00	6,10	5,06	2,25	5,00	10,75	20	13	,00	15,00	4,90	4,95	1,00	3,00	8,50
	5ª Sesión T	18	15	,00	16,00	5,83	5,15	1,00	5,00	7,75	18	15	,00	12,00	4,22	4,11	1,00	3,00	8,25
	Última Sesión T	15	18	1,00	17,00	6,27	5,05	2,00	5,00	9,00	15	18	,00	15,00	5,73	5,18	1,00	4,00	11,00
	1º Seguimiento	17	16	,00	14,00	5,35	5,10	,50	4,00	10,00	17	16	,00	14,00	4,06	4,62	,00	3,00	7,50
	2º Seguimiento	18	15	,00	16,00	5,61	4,63	1,75	4,50	9,00	18	15	,00	13,00	3,78	4,12	,00	2,50	6,50
	3º Seguimiento	12	21	,00	13,00	5,25	5,22	,50	3,00	11,00	12	21	,00	10,00	3,42	3,92	,00	1,50	7,75
	4º Seguimiento	7	26	4,00	18,00	8,57	5,19	5,00	6,00	13,00	7	26	,00	8,00	4,29	4,07	,00	6,00	8,00
	5º Seguimiento	7	26	,00	12,00	5,29	4,99	,00	6,00	10,00	7	26	,00	9,00	2,43	3,87	,00	,00	7,00
	6º Seguimiento	2	31	5,00	8,00	6,50	2,12	5,00	6,50	8,00	2	31	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	1,00
7º Seguimiento	1	32	3,00	3,00	3,00		3,00	3,00	3,00	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00	

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 87.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable HAD-A en las 6 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

6 T + 2S																										
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas												
														GT/GC												
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>									
Tiempo	,516	3,052	,025	3,609	82,998	,117	,845	3,416 <sup>C</sup>	1	23	,077	,129	,559	T1	6,71	5,43	8,00									
								9,806 <sup>3</sup>	1	23	,005	,299	,918	T2	4,79	3,51	6,08									
														T3	4,67	3,44	5,91									
														T4	4,57	3,18	5,97									
														T5	4,72	3,30	6,15									
														T6	5,07	3,54	6,61									
														T7	4,92	3,42	6,41									
														T8	4,92	3,59	6,25									
TxG	,516	1,865	,131	3,609	82,998	,075	,644																			
Grupos		1,859	,186	1	23	,075	,375																			

	DM	Error típico	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T1-T2	1,920	,569	,073	,074	3,766

	DM	Error típico	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T1-T2	2,923	,788	,032	,365	5,481
T1-T3	3,000	,886	,071	,124	5,876
T1-T4	3,615	1,018	,048	,312	6,918
T1-T7	2,846	,862	,087	,050	5,642
T1-T8	3,000	,901	,082	,075	5,925



Tabla 88.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable HAD-A en las 6 sesiones de tratamiento, y dos medidas de seguimiento

6 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	AR(1)	1,04	,40	7	259,67	GC:T1T2	1,83	4,64	267,18	,003	T1	6,42	5,23	7,60	6,73	5,11	8,35	6,10	4,37	7,84	
											T2	5,67	4,48	6,87	4,90	3,27	6,53	6,45	4,70	8,20	
											T3	5,36	4,12	6,60	5,04	3,34	6,73	5,68	3,88	7,49	
											T4	5,11	3,83	6,39	4,49	2,72	6,26	5,73	3,88	7,58	
											T5	5,09	3,76	6,41	4,40	2,58	6,22	5,77	3,85	7,70	
											T6	5,22	3,84	6,60	4,32	2,43	6,22	6,11	4,10	8,13	
											T7	5,04	3,63	6,44	4,66	2,72	6,61	5,41	3,38	7,44	
											T8	4,95	3,52	6,38	4,47	2,47	6,47	5,43	3,38	7,49	
TxG		1,92	,07	7	259,67	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T1	,63	,60	-1,74	3,00						
											T2	-1,55	,20	-3,94	,84						
											T3	-,65	,61	-3,12	1,83						
						GC	2,58	,014	7	256,95	T4	-1,24	,34	-3,81	1,32						
						GE	,57	,779	7	257,20	T5	-1,38	,31	-4,02	1,27						
Grupos		,82	,37	1	69,39						T6	-1,79	,20	-4,56	,98						
											T7	-,75	,60	-3,56	2,07						
											T8	-,96	,51	-3,83	1,90						

Tabla 89.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable HAD-D en las 6 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

6 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\varepsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,419	1,554	2,09	2,930	67,379	,063	,518	6,167 <sup>3</sup>	1	23	,021	,211	,778	T1	3,41	1,94	4,88			
														T2	2,60	1,41	3,79			
														T3	3,33	1,88	4,77			
														T4	3,36	1,72	5,00			
														T5	3,37	1,85	4,89			
														T6	4,05	2,57	5,54			
														T7	3,19	1,80	4,58			
														T8	2,88	1,74	4,01			
														GC		GE				
	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>														
TxG	,419	,384	,760	2,930	67,379	,016	,204							T1	2,08	,04	4,12	4,75	2,63	6,87
														T2	1,54	-,11	3,18	3,67	1,95	5,38
														T3	2,15	,16	4,15	4,50	2,42	6,58
														T4	2,38	,12	4,65	4,33	1,97	6,69
														T5	2,15	,05	4,26	4,58	2,39	6,78
														T6	2,77	,71	4,83	5,33	3,19	7,47
														T7	2,46	,54	4,38	3,92	1,92	5,92
														T8	2,00	,43	3,57	3,75	2,11	5,39
														Grupos	2,005	,170	1	23	,080	,395
T1	-2,67	,13	-5,62	,27																
T2	-2,13	,14	-4,50	,25																
T3	-2,35	,18	-5,23	,54																
T4	-1,95	,32	-5,22	1,33																
T5	-2,43	,18	-5,47	,61																
T6	-2,56	,15	-5,53	,41																
T7	-1,46	,38	-4,23	1,32																
T8	-1,75	,20	-4,02	,52																

	DM	Error típico	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T6	-1,449	,411	,051	-2,782	-,115

Tabla 90.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable HAD-D en las 6 sesiones de tratamiento, y dos medidas de seguimiento

6 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	ARH(1)	3,14	,00	7	185,56	T6-T7	1,13	,34	92,13	,039	T1	3,76	2,57	2,57	3,00	1,38	4,63	4,52	2,79	6,26	
						T6-T8	1,62	,44	88,10	,013	T2	3,55	2,38	2,38	2,48	,89	4,08	4,62	2,91	6,33	
											T3	4,04	2,76	2,76	3,22	1,46	4,98	4,86	2,99	6,73	
											T4	4,46	3,03	3,03	4,00	2,02	5,97	4,92	2,85	6,99	
											T5	4,08	2,75	2,75	3,33	1,50	5,16	4,84	2,90	6,78	
											T6	5,14	3,74	3,74	4,25	2,33	6,18	6,03	3,99	8,08	
											T7	4,01	2,77	2,77	3,40	1,69	5,11	4,62	2,83	6,41	
											T8	3,52	2,45	2,45	2,93	1,44	4,41	4,11	2,57	5,64	
TxG		,62	,74	7	185,56	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Grupos		1,87	,18	1	60,46	GC	2,03	,053	7	167,293	T1	-1,52	,21	-3,90	,86						
											T2	-2,13	,07	-4,47	,21						
											T3	-1,64	,21	-4,21	,93						
											T4	-,92	,52	-3,79	1,94						
											T5	-1,51	,26	-4,18	1,16						
											T6	-1,78	,21	-4,59	1,03						
											T7	-1,22	,33	-3,70	1,25						
											T8	-1,18	,27	-3,31	,95						
																GE	1,73	,105	7	161,775	

Tabla 91.- Estadísticos descriptivos de la variable Estatus Global de Salud (QoL; QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		QL								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	30	5	33,33	100,00	74,17	20,80	58,33	79,17	93,75
	3ª Sesión T	24	11	33,33	100,00	71,87	19,94	52,08	75,00	83,33
	4ª Sesión T	21	14	25,00	100,00	75,79	26,34	54,17	83,33	100,00
	5ª Sesión T	21	14	16,66	100,00	73,02	26,60	54,17	75,00	100,00
	Última Sesión T	18	17	25,00	100,00	76,85	21,87	66,67	83,33	100,00
	1º Seguimiento	17	18	33,33	100,00	80,88	24,07	79,17	83,33	100,00
	2º Seguimiento	18	17	33,33	100,00	82,87	17,02	72,92	83,33	100,00
	3º Seguimiento	11	24	50,00	100,00	85,60	17,11	83,33	91,66	100,00
	4º Seguimiento	9	26	50,00	100,00	82,41	17,89	66,67	83,33	100,00
	5º Seguimiento	8	27	75,00	100,00	91,67	9,96	83,33	95,83	100,00
	6º Seguimiento	6	29	83,33	100,00	93,05	8,20	83,33	95,83	100,00
	7º Seguimiento	3	32	66,66	100,00	83,33	16,67	66,66	83,33	100,00
G.E	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	24	9	33,33	100,00	71,18	18,87	58,33	66,67	83,33
	3ª Sesión T	21	12	33,33	100,00	69,44	22,87	50,00	66,67	100,00
	4ª Sesión T	20	13	33,33	100,00	68,33	22,07	50,00	66,67	83,33
	5ª Sesión T	19	14	33,33	100,00	66,23	25,07	41,66	75,00	83,33
	Última Sesión T	14	19	16,66	100,00	64,88	28,90	39,58	79,17	85,42
	1º Seguimiento	16	17	41,66	100,00	76,04	19,46	66,66	75,00	97,92
	2º Seguimiento	18	15	33,33	100,00	75,46	21,29	64,58	83,33	93,75
	3º Seguimiento	12	21	50,00	100,00	79,17	21,17	52,08	83,33	100,00
	4º Seguimiento	7	26	66,66	100,00	80,95	14,20	66,66	75,00	100,00
	5º Seguimiento	7	26	66,66	100,00	82,14	15,54	66,66	83,33	100,00
	6º Seguimiento	2	31	66,66	100,00	83,33	23,57	66,66	83,33	100,00
	7º Seguimiento	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 92.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estatus Global de Salud (QoL; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,590	2,282	,076	3,54	74,40	,098	,602	1,824 <sup>C</sup>	1	21	,038	,189	,559	T2	78,47	65,20	91,75			
														T3	75,69	61,23	90,16			
														T4	77,78	62,23	93,33			
														T5	75,69	59,12	92,27			
														T6	79,86	63,03	96,69			
														T7	84,03	72,60	95,46			
														T8	84,72	74,15	95,30			
																		GC		GE
TxG	,590	,772	,530	3,54	74,40	,035	,224							T2	77,11	67,52	86,71	75,76	61,89	89,62
														T3	73,83	63,38	84,29	71,97	56,87	87,07
														T4	75,25	64,01	86,49	72,73	56,49	88,97
														T5	71,94	59,95	83,92	68,18	50,87	85,49
														T6	71,37	59,20	83,54	62,88	45,30	80,46
														T7	81,79	73,52	90,05	79,54	67,60	91,48
														T8	81,00	73,35	88,64	77,27	66,22	88,32
Grupos	,590	,643	,431	1	21	,030	,119							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	2,71	,77	-16,48	21,91		
														T3	3,73	,71	-17,19	24,64		
														T4	5,05	,65	-17,43	27,53		
														T5	7,51	,52	-16,46	31,48		
														T6	16,98	,16	-7,35	41,32		
														T7	4,48	,58	-12,05	21,01		
														T8	7,45	,32	-7,84	22,74		

Tabla 93.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estatus Global de Salud (QoL; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5T +2S																				
MLM (estimación de los efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	ARMA	2,34	,04	6	100,23	T5-T6	-8,46	2,93	157,25	,09	T2	72,55	66,64	78,46	74,17	67,51	80,83	70,93	63,61	78,25
						T5-T7	-9,73	3,33	166,67	,08	T3	68,92	62,77	75,06	70,02	62,98	77,06	67,81	60,30	75,32
											T4	71,28	64,94	77,61	73,82	66,47	81,17	68,73	61,08	76,38
											T5	68,47	62,00	74,95	72,40	64,94	79,87	64,55	56,68	72,42
											T6	66,83	59,92	73,75	72,47	64,64	80,29	61,20	52,66	69,74
											T7	75,30	68,35	82,25	77,84	69,78	85,90	72,76	64,35	81,16
											T8	76,57	69,65	83,49	79,25	71,14	87,36	73,89	65,62	82,16
TxG		,38	,89	6	100,23						T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Grupos											T2	3,23	,59	-6,66	13,13					
											T3	2,21	,72	-8,08	12,51					
											T4	5,09	,43	-5,52	15,70					
											T5	7,86	,23	-2,99	18,70					
											T6	11,27	,11	-,32	22,85					
											T7	5,08	,47	-6,56	16,73					
											T8	5,36	,44	-6,22	16,95					

Tabla 94.- Estadísticos descriptivos de la variable Funcionamiento Físico (PF; QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Funcionamiento Físico								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	30	5	40,00	100,00	84,00	84,00	80,00	80,00	100,00
	3ª Sesión T	24	11	20,00	100,00	80,83	22,44	80,00	80,00	100,00
	4ª Sesión T	20	15	20,00	100,00	77,00	23,64	65,00	80,00	100,00
	5ª Sesión T	20	15	20,00	100,00	80,00	21,52	60,00	80,00	100,00
	Última Sesión T	18	17	20,00	100,00	80,00	27,44	60,00	100,00	100,00
	1º Seguimiento	18	17	40,00	100,00	82,22	18,01	75,00	80,00	100,00
	2º Seguimiento	18	17	60,00	100,00	90,00	12,37	80,00	100,00	100,00
	3º Seguimiento	11	24	40,00	100,00	83,64	19,63	80,00	80,00	100,00
	4º Seguimiento	9	26	40,00	100,00	82,22	21,08	70,00	80,00	100,00
	5º Seguimiento	8	27	60,00	100,00	87,50	14,88	80,00	90,00	100,00
	6º Seguimiento	6	29	20,00	100,00	83,33	32,04	65,00	100,00	100,00
	7º Seguimiento	3	32	40,00	100,00	80,00	34,64	40,00	100,00	100,00
G.E	1ª Sesión T									
	2ª Sesión T	25	8	20,00	100,00	75,20	24,00	60,00	60,00	100,00
	3ª Sesión T	20	13	40,00	100,00	77,00	20,80	60,00	80,00	100,00
	4ª Sesión T	19	14	40,00	100,00	74,74	19,82	60,00	80,00	100,00
	5ª Sesión T	19	14	20,00	100,00	69,47	20,41	60,00	80,00	80,00
	Última Sesión T	15	18	20,00	100,00	61,33	24,46	40,00	60,00	80,00
	1º Seguimiento	16	17	60,00	100,00	81,25	15,44	65,00	80,00	100,00
	2º Seguimiento	18	15	40,00	100,00	83,33	17,15	80,00	80,00	100,00
	3º Seguimiento	12	21	40,00	100,00	81,67	19,92	65,00	80,00	100,00
	4º Seguimiento	8	25	20,00	100,00	75,00	23,30	80,00	80,00	80,00
	5º Seguimiento	7	26	80,00	100,00	85,71	9,76	80,00	80,00	100,00
	6º Seguimiento	2	31	80,00	80,00	80,00	,00	80,00	80,00	80,00
	7º Seguimiento	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos







Tabla 97.- Estadísticos descriptivos de las variables Funcionamiento Emocional (EF) y Funcionamiento Cognitivo (CF) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos, (GC/GE), en cada uno de los momentos de medida

grupo	Funcionamiento Emocional									Funcionamiento Cognitivo								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	30	5	,00	100,00	78,06	25,19	66,67	87,50	93,75	30	5	16,67	100,00	90,00	19,87	83,33	100,00	100,00
	2ª Sesión T									2ª Sesión T								
	24	11	41,67	100,00	81,43	18,30	66,66	87,50	100,00	24	11	16,66	100,00	87,50	21,56	83,33	100,00	100,00
	3ª Sesión T									3ª Sesión T								
	21	14	25,00	100,00	82,54	22,03	70,83	91,67	100,00	21	14	50,00	100,00	89,68	17,06	83,33	100,00	100,00
	4ª Sesión T									4ª Sesión T								
	21	14	41,67	100,00	80,16	19,80	62,50	83,33	100,00	21	14	16,66	100,00	88,09	20,51	83,33	100,00	100,00
	Última Sesión T									Última Sesión T								
	17	18	41,67	100,00	84,80	16,99	75,00	91,67	100,00	18	17	66,66	100,00	87,04	14,64	66,67	91,67	100,00
	1º Seguimiento									1º Seguimiento								
	17	18	50,00	100,00	87,75	15,62	75,00	100,00	100,00	17	18	50,00	100,00	85,29	20,31	66,67	100,00	100,00
	2º Seguimiento									2º Seguimiento								
	18	17	50,00	100,00	86,11	16,67	72,92	91,66	100,00	18	17	50,00	100,00	90,74	15,36	83,33	100,00	100,00
	3º Seguimiento									3º Seguimiento								
	11	24	41,67	100,00	84,85	21,67	58,33	100,00	100,00	11	24	50,00	100,00	84,85	17,41	66,67	83,33	100,00
	4º Seguimiento									4º Seguimiento								
	9	26	58,33	100,00	82,41	14,70	70,83	83,33	95,83	9	26	50,00	100,00	83,33	16,67	75,00	83,33	100,00
	5º Seguimiento									5º Seguimiento								
	8	27	66,67	100,00	90,62	11,30	85,41	91,67	100,00	7	28	83,33	100,00	92,86	8,91	83,33	100,00	100,00
	6º Seguimiento									6º Seguimiento								
	6	29	66,66	100,00	94,44	13,61	91,67	100,00	100,00	6	29	66,66	100,00	91,67	13,95	79,16	100,00	100,00
	7º Seguimiento									7º Seguimiento								
	3	32	66,66	100,00	86,11	17,35	66,66	91,66	100,00	3	32	83,33	100,00	88,89	9,62	83,33	83,33	100,00
G.E	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	24	9	16,67	100,00	70,83	22,92	52,08	79,17	91,67	24	9	33,33	100,00	85,42	16,53	83,33	83,33	100,00
	2ª Sesión T									2ª Sesión T								
	21	12	41,67	100,00	76,59	18,56	58,33	75,00	91,67	21	12	33,33	100,00	86,51	17,97	75,00	100,00	100,00
	3ª Sesión T									3ª Sesión T								
	20	13	16,67	100,00	70,83	22,21	60,41	75,00	89,58	20	13	33,33	100,00	84,17	18,32	66,67	83,33	100,00
	4ª Sesión T									4ª Sesión T								
	19	14	33,33	100,00	77,19	17,97	66,66	83,33	91,67	19	14	50,00	100,00	84,21	16,17	66,67	83,33	100,00
	Última Sesión T									Última Sesión T								
	14	19	16,67	100,00	73,81	25,08	58,33	79,17	91,67	13	20	33,33	100,00	78,20	24,89	58,33	83,33	100,00
	1º Seguimiento									1º Seguimiento								
	16	17	41,67	100,00	81,77	21,99	68,75	91,66	100,00	16	17	50,00	100,00	91,67	16,10	87,50	100,00	100,00
	2º Seguimiento									2º Seguimiento								
	18	15	25,00	100,00	76,39	22,37	56,25	83,33	93,75	18	15	16,66	100,00	85,18	25,50	83,33	100,00	100,00
	3º Seguimiento									3º Seguimiento								
	12	21	41,66	100,00	80,55	23,39	60,41	91,67	100,00	12	21	33,33	100,00	87,50	18,97	83,33	91,67	100,00
	4º Seguimiento									4º Seguimiento								
	7	26	16,66	100,00	64,28	30,70	33,33	66,66	91,66	7	26	,00	100,00	66,67	37,27	50,00	66,66	100,00
	5º Seguimiento									5º Seguimiento								
	7	26	41,66	100,00	76,19	24,74	50,00	75,00	100,00	7	26	50,00	100,00	83,33	23,57	50,00	100,00	100,00
	6º Seguimiento									6º Seguimiento								
	2	31	75,00	100,00	87,50	17,68	75,00	87,50	100,00	2	31	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	7º Seguimiento									7º Seguimiento								
	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 98.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Emocional (EF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5T+2S																					
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas							
														GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>				
Tiempo	,609	,726	,566	3,65	73,12	,035	,326							T2	81,06	73,63	88,49				
														T3	81,82	75,09	88,54				
														T4	82,95	76,36	89,55				
														T5	82,95	76,13	89,78				
														T6	81,44	73,94	88,94				
														T7	86,74	80,39	93,09				
														T8	82,58	75,32	89,83				
																GC					
TxG	,609	,753	,548	3,65	73,12	,036	,335								ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
														T2	86,36	75,86	96,86	75,76	65,26	86,26	
														T3	84,85	75,34	94,36	78,79	69,27	88,30	
														T4	88,64	79,31	97,97	77,27	67,94	86,60	
														T5	86,36	76,71	96,02	79,54	69,89	89,20	
														T6	90,15	79,54	100,76	72,73	62,12	83,33	
														T7	90,91	81,93	99,89	82,57	73,60	91,55	
														T8	88,64	78,37	98,90	76,51	66,25	86,78	
Grupos	2,23	,151	1	20	,100	,421								T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
														T2	10,61	,23	-4,25	25,46			
														T3	6,06	,45	-7,39	19,51			
														T4	11,36	,15	-1,83	24,56			
														T5	6,82	,40	-6,84	20,47			
														T6	17,42	,06	2,42	32,42			
														T7	8,33	,27	-4,36	21,03			
														T8	12,12	,17	-2,39	26,64			

Tabla 99.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Funcionamiento Emocional (EF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																				
MLM (estimación de los efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	ARMA	,96	,46	6	121,51						T2	74,61	69,58	79,63	78,06	71,26	84,85	71,16	63,76	78,56
											T3	76,03	70,87	81,20	78,85	71,78	85,91	73,22	65,68	80,77
											T4	74,66	69,39	79,92	80,29	73,03	87,55	69,03	61,40	76,66
											T5	76,36	71,02	81,70	79,41	72,08	86,74	73,31	65,54	81,07
											T6	75,15	69,54	80,77	80,36	72,72	88,01	69,94	61,72	78,17
											T7	80,06	74,45	85,68	84,52	76,77	92,27	75,60	67,48	83,73
											T8	77,77	72,18	83,37	82,17	74,39	89,95	73,38	65,34	81,43
TxG		,45	,84	6	121,51															
											T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
											T2	6,90	,26	-3,15	16,94					
											T3	5,62	,37	-4,71	15,96					
											T4	11,26(*)	,08	,73	21,79					
											T5	6,10	,34	-4,57	16,78					
											T6	10,42	,13	-,81	21,65					
											T7	8,92	,19	-2,31	20,15					
											T8	8,79	,20	-2,41	19,98					
Grupos		2,27	,14	1	51,25															

Tabla 100.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Cognitivo (CF) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5T+2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	$p$	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	$p$	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,755	1,004	,426	6	120	,048	,516							T2	89,86	83,05	96,67			
														T3	88,33	81,61	95,06			
														T4	85,56	78,95	92,16			
														T5	87,92	82,79	93,04			
														T6	83,89	76,73	91,05			
														T7	85,00	77,77	92,23			
														T8	85,55	77,18	93,93			
																		GC		
TxG	,755	4,194	,001	6	120	,173	,998	3,615	1	20	,072	,153	,576	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T2	96,67	83,87	102,24	86,67	76,60	96,73
														T3	95,06	82,60	100,74	85,00	75,06	94,94
														T4	92,16	85,53	103,36	76,67	66,90	86,43
														T5	93,04	88,93	102,74	80,00	72,43	87,56
														T6	91,05	84,79	104,10	73,33	62,76	83,91
														T7	92,23	73,58	93,08	86,67	75,99	97,34
														T8	93,93	83,15	105,74	76,67	64,29	89,04
Grupos		2,829	,108	1	20	,124	,493							T	DM/GC-GE	$p$	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	6,39	,43	-7,24	20,02		
														T3	6,67	,40	-6,79	20,12		
														T4	17,78	,03	4,56	31,00		
														T5	15,83	,01	5,59	26,08		
														T6	21,11	,02	6,79	35,43		
														T7	-3,33	,70	-17,79	11,13		
														T8	17,78	,08	1,02	34,53		

Interacción significativa para el grupo: Control y Experimental:

Control

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T4-T6	12,50	,081	,351	24,64

Experimental

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T5-T6	13,33	,088	,229	26,43

Tabla 101.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Funcionamiento Cognitivo (CF) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																				
MLM (estimación de los efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	ARMA	1,62	,15	6	141,90	GE :T5-T6	11,28	3,75	158,16	,066	T2	88,20	83,62	92,77	90,00	83,81	96,19	86,39	79,65	93,14
											T3	86,05	81,30	90,79	85,70	79,21	92,20	86,39	79,48	93,31
											T4	84,45	79,62	89,29	85,90	79,22	92,57	83,01	76,02	90,01
											T5	84,74	79,85	89,62	87,55	80,84	94,25	81,93	74,83	89,03
											T6	80,29	75,11	85,46	82,81	75,88	89,75	77,76	70,08	85,44
											T7	84,89	79,77	90,01	80,76	73,69	87,83	89,02	81,60	96,43
											T8	85,35	80,29	90,42	87,13	80,09	94,18	83,57	76,29	90,85
											TxG		1,96	,08	6	141,90				
Grupos					51,24						T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
											T2	3,61	,51	-5,54	12,76					
											T3	-,69	,90	-10,17	8,80					
											T4	2,88	,62	-6,79	12,55					
											T5	5,62	,34	-4,15	15,38					
											T6	5,06	,42	-5,29	15,40					
											T7	-8,26	,18	-18,50	1,98					
											T8	3,56	,56	-6,57	13,69					

Tabla 102.- Estadísticos descriptivos de las variables Funcionamiento de Rol (RF) y Funcionamiento Social (SF) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

Grupo	Funcionamiento de Rol									Funcionamiento Social								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	29	6	16,67	100,00	85,63	22,15	75,00	100,00	100,00	30	5	,00	100,00	82,78	26,80	66,67	100,00	100,00
	2ª Sesión T									2ª Sesión T								
	24	11	66,66	100,00	86,81	13,88	70,83	83,33	100,00	24	11	50,00	100,00	86,11	16,05	66,67	91,67	100,00
	3ª Sesión T									3ª Sesión T								
	21	14	50,00	100,00	86,51	16,35	66,67	100,00	100,00	21	14	50,00	100,00	90,48	14,50	83,33	100,00	100,00
	4ª Sesión T									4ª Sesión T								
	21	14	33,33	100,00	84,92	21,02	75,00	100,00	100,00	21	14	16,67	100,00	85,71	22,54	66,67	100,00	100,00
	Última Sesión T									Última Sesión T								
	18	17	33,33	100,00	87,05	18,57	79,17	100,00	100,00	18	17	33,33	100,00	88,89	18,96	79,17	100,00	100,00
	1º Seguimiento									1º Seguimiento								
	18	17	33,33	100,00	87,96	22,00	83,33	100,00	100,00	16	19	66,67	100,00	92,71	12,12	83,33	100,00	100,00
	2º Seguimiento									2º Seguimiento								
	18	17	66,67	100,00	90,74	14,26	79,17	100,00	100,00	18	17	66,67	100,00	97,22	8,57	100,00	100,00	100,00
	3º Seguimiento									3º Seguimiento								
	11	24	50,00	100,00	89,39	18,67	66,67	100,00	100,00	11	24	66,67	100,00	93,94	11,24	83,33	100,00	100,00
	4º Seguimiento									4º Seguimiento								
	9	26	66,66	100,00	85,18	17,57	66,67	100,00	100,00	9	26	66,67	100,00	94,44	11,79	91,67	100,00	100,00
	5º Seguimiento									5º Seguimiento								
	8	27	66,67	100,00	91,67	12,60	83,33	100,00	100,00	8	27	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	6º Seguimiento									6º Seguimiento								
	6	29	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00	6	29	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	7º Seguimiento									7º Seguimiento								
	3	32	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00	3	32	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
G.E	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	25	8	33,33	100,00	80,00	19,84	66,67	83,33	100,00	24	9	,00	100,00	81,25	26,61	70,83	91,67	100,00
	2ª Sesión T									2ª Sesión T								
	21	12	33,33	100,00	77,78	19,25	66,67	66,67	100,00	21	12	33,33	100,00	76,98	22,65	66,66	83,33	100,00
	3ª Sesión T									3ª Sesión T								
	20	13	16,67	100,00	73,33	23,82	66,66	66,67	100,00	20	13	33,33	100,00	76,67	21,90	66,66	66,67	100,00
	4ª Sesión T									4ª Sesión T								
	19	14	16,66	100,00	75,44	25,07	66,67	83,33	100,00	19	14	,00	100,00	78,95	25,96	66,66	83,33	100,00
	Última Sesión T									Última Sesión T								
	15	18	,00	100,00	57,78	35,56	33,33	66,67	83,33	14	19	,00	100,00	67,86	30,29	50,00	66,67	100,00
	1º Seguimiento									1º Seguimiento								
	17	16	33,33	100,00	75,49	16,79	66,66	66,67	83,33	16	17	16,67	100,00	73,96	32,19	41,67	91,67	100,00
	2º Seguimiento									2º Seguimiento								
	18	15	33,33	100,00	81,48	19,71	66,67	83,33	100,00	18	15	33,33	100,00	82,41	20,98	66,67	91,67	100,00
	3º Seguimiento									3º Seguimiento								
	12	21	33,33	100,00	79,17	25,75	50,00	91,67	100,00	12	21	50,00	100,00	87,50	20,26	70,83	100,00	100,00
	4º Seguimiento									4º Seguimiento								
	8	25	16,66	100,00	72,91	30,78	45,83	83,33	95,83	7	26	33,33	100,00	78,57	24,94	66,66	83,33	100,00
	5º Seguimiento									5º Seguimiento								
	7	26	66,66	100,00	85,71	15,00	66,66	83,33	100,00	7	26	66,66	100,00	85,71	15,00	66,66	83,33	100,00
	6º Seguimiento									6º Seguimiento								
	2	31	83,33	83,33	83,33	,00	83,33	83,33	83,33	2	31	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00
	7º Seguimiento									7º Seguimiento								
	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 103.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento de Rol (RF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5T+2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,723	1,73	,143	4,33	95,38	,073	,663	4,769 <sup>C</sup>	1	22	,04	,178	,681	T2	88,89	84,04	93,74			
														T3	85,42	79,90	90,93			
														T4	82,64	75,21	90,07			
														T5	81,25	72,66	89,84			
														T6	75,71	65,75	85,66			
														T7	86,11	80,95	91,27			
														T8	86,11	80,09	92,13			
																	GC			GE
			ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>												
TxG	,723	,837	,513	4,33	95,38	,037	,389							T2	95,83	88,97	102,69	81,94	75,08	88,80
														T3	94,44	86,65	102,24	76,39	68,59	84,18
														T4	93,06	82,55	103,56	72,22	61,71	82,73
														T5	88,89	76,74	101,04	73,61	61,46	85,76
														T6	91,69	77,61	105,77	59,72	45,64	73,80
														T7	95,83	88,53	103,13	76,39	69,09	83,69
														T8	94,44	85,94	102,95	77,78	69,27	86,29
																	GC			GE
			ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>												
Grupos	12,671	,002	1	22	,365	,964								T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	13,89	,022	4,19	23,59		
														T3	18,06	,010	7,03	29,08		
														T4	20,83	,025	5,97	35,69		
														T5	15,28	,141	-1,91	32,46		
														T6	31,97	,011	12,06	51,88		
														T7	19,45	,004	9,12	29,77		
														T8	16,67	,026	4,63	28,70		



Tabla 104.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Funcionamiento de Rol (RF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	SC	2,33	,03	6	216,70						T2	82,91	77,19	88,62	85,21	77,43	92,99	80,61	72,23	88,99	
						T:T1-T5	12,71	3,82	226,98	,022	T3	81,06	74,90	87,23	85,55	77,09	94,01	76,58	67,60	85,56	
						T:T5-T7	-12,74	4,07	211,75	,042	T4	78,50	72,11	84,89	84,71	75,81	93,61	72,29	63,12	81,46	
						GE:T1-T5	24,22	5,62	225,16	,001	T5	78,35	71,89	84,82	83,66	74,76	92,56	73,05	63,68	82,42	
						GE:T2-T5	20,19	5,79	220,00	,012	T6	70,19	63,23	77,16	84,00	74,56	93,44	56,39	46,14	66,64	
						GE: T5-T8	-22,332	5,89	211,53	,004	T7	79,05	72,26	85,85	84,80	75,36	94,25	73,30	63,53	83,07	
											T8	82,94	76,22	89,65	87,15	77,71	96,59	78,72	69,16	88,28	
TxG		1,67	,13	6	216,70	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T2	4,60	,43	-6,83	16,03						
											T3	8,97	,15	-3,36	21,30						
											T4	12,43	,06	-,35	25,20						
											T5	10,62	,11	-2,31	23,54						
											T6	27,61(*)	,00	13,68	41,54						
											T7	11,50	,10	-2,09	25,09						
											T8	8,43	,22	-5,00	21,87						
Grupos		7,98	,01	1	42,93	GC	,09	1,00	6	216,36											
						GE	3,62	,00	6	216,21											

Tabla 105.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Social (SF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T+2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,461	2,22	,100	2,76	58,02	,096	,643	6,76 <sup>L</sup>	1	21	,017	,244	,808	T2	78,16	66,16	90,16			
														T3	80,05	72,80	87,31			
														T4	85,10	78,52	91,68			
														T5	83,08	73,20	92,96			
														T6	80,56	72,02	89,09			
														T7	85,92	77,97	93,88			
														T8	91,67	86,78	96,55			
																		GC		
				ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>S</sub>										
TxG	,461	1,32	,275	2,76	58,02	,059	,449							T2	80,56	63,96	97,15	75,76	58,42	98,92
														T3	88,89	78,85	98,92	71,21	60,73	103,55
														T4	94,44	85,34	103,55	75,76	66,25	102,55
														T5	88,89	75,22	102,55	77,27	63,00	106,25
														T6	94,44	82,64	106,25	66,67	54,34	104,06
														T7	93,06	82,05	104,06	78,79	67,29	106,76
														T8	100,00	93,24	97,15	83,33	76,27	93,09
																		ME		
Grupos		3,96	,060	1	21	,159	,611							T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	4,80	,73	-19,20	28,80		
														T3	17,68	,05	3,17	32,19		
														T4	18,69	,02	5,52	31,85		
														T5	11,62	,32	-8,14	31,38		
														T6	27,78	,01	10,71	44,84		
														T7	14,27	,14	-1,64	30,18		
														T8	16,67	,01	6,89	26,44		

Tiempo significativo

T	DM/	<i>P</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T7	-11,61	,015	-20,84	-2,38
T3-T7	-6,56	,095	-13,08	-,050

Tabla 106.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Funcionamiento Social (SF; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T+2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	NE	4,19	,00	6	36,96	T:T2-T7	-7,77	2,45	37,64	,065	T2	80,80	73,36	88,25	82,78	72,67	92,88	78,83	67,90	89,76	
											T3	80,47	74,91	86,04	85,16	77,49	92,83	75,78	67,72	83,85	
											T4	83,80	78,22	89,37	88,71	80,95	96,47	78,88	70,88	86,88	
											T5	82,60	75,52	89,67	85,70	76,01	95,39	79,50	69,18	89,81	
											T6	79,59	72,16	87,01	86,43	76,23	96,64	72,74	61,95	83,54	
											T7	82,84	75,83	89,85	90,43	80,59	100,27	75,25	65,27	85,23	
											T8	88,25	82,77	93,72	94,51	86,80	102,23	81,98	74,21	89,74	
TxG						Efectos simples del tiempo en cada grupo															
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
						Grupos	3,97	,05	1	50,27	GC	1,82	,12	6	35,61	T2	3,95	,60	-10,94	18,83	
																GE	3,22	,01	6	34,85	T3
											T4	9,83	,08	-1,31	20,97						
											T5	6,20	,38	-7,95	20,36						
											T6	13,69	,07	-1,16	28,54						
											T7	15,18(*)	,03	1,16	29,20						
											T8	12,53(*)	,03	1,59	23,48						

Tabla 107.- Estadísticos descriptivos de las variables Nauseas/Vómitos (NV) y Pérdida de Apetito (AP) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos Grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Nauseas/Vómitos										Pérdida de apetito								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	
G.C	1ª Sesión T										1ª Sesión T								
	30	5	,00	50,00	8,89	14,34	,00	,00	16,67	30	5	,00	66,67	7,78	16,80	,00	,00	,00	
	2ª Sesión T										2ª Sesión T								
	24	11	,00	66,66	10,42	18,26	,00	,00	16,67	24	11	,00	66,66	6,94	16,96	,00	,00	,00	
	3ª Sesión T										3ª Sesión T								
	21	14	,00	50,00	9,52	15,43	,00	,00	16,67	21	14	,00	33,33	1,59	7,27	,00	,00	,00	
	4ª Sesión T										4ª Sesión T								
	21	14	,00	50,00	11,11	16,94	,00	,00	16,67	21	14	,00	66,67	12,70	22,30	,00	,00	33,33	
	Última Sesión T										Última Sesión T								
	18	17	,00	33,33	8,33	13,10	,00	,00	16,67	18	17	,00	66,67	11,11	19,80	,00	,00	33,33	
	1º Seguimiento										1º Seguimiento								
	18	17	,00	66,67	5,56	16,17	,00	,00	,00	18	17	,00	100,00	7,41	24,40	,00	,00	,00	
	2º Seguimiento										2º Seguimiento								
	18	17	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	18	17	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	3º Seguimiento										3º Seguimiento								
	11	24	,00	33,33	3,03	10,05	,00	,00	,00	11	24	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	4º Seguimiento										4º Seguimiento								
	9	26	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	9	26	,00	33,33	3,70	11,11	,00	,00	,00	
	5º Seguimiento										5º Seguimiento								
	8	27	,00	16,66	2,08	5,89	,00	,00	,00	8	27	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	6º Seguimiento										6º Seguimiento								
	6	29	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	6	29	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	7º Seguimiento										7º Seguimiento								
	3	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
G.E	1ª Sesión T										1ª Sesión T								
	25	8	,00	66,67	14,00	20,79	,00	,00	16,67	25	8	,00	100,00	33,33	37,27	,00	33,33	66,67	
	2ª Sesión T										2ª Sesión T								
	21	12	,00	83,33	19,84	27,19	,00	,00	41,67	20	13	,00	66,67	25,00	21,29	,00	33,33	33,33	
	3ª Sesión T										3ª Sesión T								
	20	13	,00	100,00	18,33	24,72	,00	16,66	33,33	20	13	,00	100,00	30,00	30,40	,00	33,33	58,33	
	4ª Sesión T										4ª Sesión T								
	19	14	,00	100,00	24,56	31,11	,00	,00	50,00	19	14	,00	66,67	19,30	23,08	,00	,00	33,33	
	Última Sesión T										Última Sesión T								
	15	18	,00	100,00	27,78	31,29	,00	16,67	50,00	15	18	,00	100,00	28,89	37,51	,00	,00	66,66	
	1º Seguimiento										1º Seguimiento								
	17	16	,00	50,00	10,78	16,60	,00	,00	25,00	17	16	,00	66,67	7,84	18,74	,00	,00	,00	
	2º Seguimiento										2º Seguimiento								
	18	15	,00	33,33	2,78	8,57	,00	,00	,00	18	15	,00	66,67	5,56	17,15	,00	,00	,00	
	3º Seguimiento										3º Seguimiento								
	12	21	,00	33,33	4,17	10,36	,00	,00	,00	12	21	,00	33,33	2,78	9,62	,00	,00	,00	
	4º Seguimiento										4º Seguimiento								
	8	25	,00	33,33	6,25	12,40	,00	,00	12,50	8	25	,00	66,66	16,67	30,86	,00	,00	50,00	
	5º Seguimiento										5º Seguimiento								
	7	26	,00	16,66	2,38	6,30	,00	,00	,00	7	26	,00	33,33	4,76	12,60	,00	,00	,00	
	6º Seguimiento										6º Seguimiento								
	2	31	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2	31	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	
	7º Seguimiento										7º Seguimiento								
	1	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 108.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Nauseas/Vómitos (NV; QLQ-C3e) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,470	3,278	,029	2,821	64,889	,125	,809	8,568 <sup>C</sup>	1	23	,008	,271	,884	T2	10,68	3,76	17,61			
														T3	16,29	7,52	25,07			
														T4	14,26	6,77	21,75			
														T5	17,04	7,95	26,13			
														T6	19,82	11,38	28,26			
														T7	10,84	4,54	17,15			
														T8	,69	-,45	1,84			
														GC			GE			
TxG	,470	1,557	,210	2,821	64,889	,063	,510	5,134 <sup>C</sup>	1	23	,033	,182	,710	T2	10,26	,66	19,85	11,11	1,12	21,10
														T3	8,97	-3,18	21,13	23,61	10,96	36,26
														T4	7,69	-2,69	18,07	20,83	10,03	31,64
														T5	7,69	-4,90	20,29	26,39	13,28	39,50
														T6	7,69	-4,01	19,39	31,94	19,77	44,12
														T7	6,41	-2,33	15,15	15,28	6,18	24,37
														T8	-2,2E-016	-1,58	1,58	1,39	-,26	3,04
														GC			GE			
Grupos	4,279	,050	1	23	,157	,642								T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	-,85	,92	-14,71	13,00		
														T3	-14,64	,17	-32,18	2,91		
														T4	-13,14	,15	-28,12	1,84		
														T5	-18,70	,09	-36,88	-,51		
														T6	-24,25	,02	-41,14	-7,37		
														T7	-8,87	,24	-21,48	3,75		
														T8	-1,39	,31	-3,67	,89		

Tiempo significativo entre

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T5-T7	19,12	,024	3,02	35,22

Significativa para el grupo Experimental:

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
T4-T7	24,99	,092	,272	49,72
T5-T7	30,55	,009	7,33	53,78

Tabla 109.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Nauseas/Vómitos (NV; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																										
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas															
											GC+GE				GC			GE								
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
Tiempo	ARH1	7,35	,00	6	121,75	GT:T2-T8	10,05(*)	2,53	83,90	,00																
						GT:T3-T8	13,94(*)	3,19	73,29	,00	T2	11,38	7,52	15,24	8,89	3,68	14,09	13,88	8,18	19,57						
						GT:T4-T8	12,60(*)	3,18	61,05	,00	T3	15,28	10,18	20,38	11,29	4,32	18,27	19,26	11,83	26,70						
						GT:T5-T8	16,14(*)	3,69	54,69	,00	T4	13,94	8,77	19,11	10,55	3,34	17,75	17,33	9,91	24,76						
						GT:T6-T8	16,40(*)	3,37	47,43	,00	T5	17,47	11,24	23,71	11,32	2,73	19,90	23,63	14,60	32,66						
						GT:T6-T8	11,29(*)	3,71	82,58	,07	T6	17,74	11,84	23,64	7,62	-,39	15,62	27,87	19,20	36,54						
						GE:T2-T8	16,68(*)	4,65	72,50	,01	T7	9,64	4,27	15,01	6,22	-1,24	13,68	13,06	5,33	20,79						
						GE:T3-T8	14,75(*)	4,56	60,57	,04	T8	1,34	-,52	3,20	,09	-2,54	2,71	2,59	-,05	5,22						
						GE:T4-T8	21,05(*)	5,34	54,30	,00																
						GE:T5-T8	25,28(*)	4,94	46,98	,00																
TxG		1,24	,29	6	121,75	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																				
Grupos		5,91	,02	1	59,62	Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>											
						GC	2,10	,058	6	115,76	T2	-4,99	,28	-12,71	2,73											
						GE	6,23	,000	6	114,67	T3	-7,97	,20	-18,17	2,23											
											T4	-6,79	,28	-17,14	3,56											
											T5	-12,32	,10	-24,78	,15											
											T6	-20,25(*)	,01	-32,05	-8,45											
											T7	-6,84	,29	-17,58	3,90											
											T8	-2,50	,26	-6,22	1,22											



Tabla 111.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Pérdida de Apetito (AP; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y, dos primeras medidas de seguimiento

5T +2S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	ARH1	5,45	,00	6	105,09	GT:T2-T8	17,64(*)	4,32	80,22	,00	T2	20,48	14,00	26,95	7,78	-,95	16,51	33,18	23,62	42,74
						GT:T3-T8	14,76(*)	3,59	74,13	,00	T3	17,59	12,45	22,74	7,79	,81	14,78	27,39	19,83	34,95
						GT:T4-T8	15,20(*)	3,96	67,64	,01	T4	18,04	12,05	24,02	4,65	-3,69	12,99	31,43	22,84	40,01
						GT:T5-T8	13,87(*)	3,63	76,32	,01	T5	16,71	11,14	22,27	13,01	5,34	20,69	20,40	12,32	28,47
						GT:T6-T8	17,91(*)	4,49	52,19	,00	T6	20,74	13,12	28,36	11,47	1,14	21,80	30,01	18,80	41,22
						GE:T2-T8	-27,69(*)	6,32	78,69	,00	T7	9,60	3,13	16,08	8,40	-,60	17,40	10,81	1,49	20,12
						GE:T3-T8	-21,90(*)	5,22	72,82	,00	T8	2,84	-,50	6,17	,19	-4,52	4,89	5,49	,76	10,21
						GE:T4-T8	-25,94(*)	5,66	66,97	,00										
						GE:T6-T8	-24,53(*)	6,57	51,10	,01										
						GE:T4-T7	-20,62(*)	7,04	82,81	,09										
GE:T6-T7	-19,20(*)	6,22	63,10	,06																
TxG		2,62	,02	6	105,09	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
Grupos						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
						GC	1,68	,132	6	105,19	T2	-25,40(*)	,00	-38,35	-12,45					
						GE	6,17	,000	6	106,74	T3	-19,60(*)	,00	-29,89	-9,31					
											T4	-26,77(*)	,00	-38,74	-14,80					
											T5	-7,38	,27	-18,52	3,75					
											T6	-18,54(*)	,05	-33,78	-3,30					
											T7	-2,41	,76	-15,36	10,54					
											T8	-5,30	,19	-11,97	1,37					



Tabla 112.- Estadísticos descriptivos de las variables Estreñimiento (CO) y Diarrea (DI) para los pacientes con cáncer de mama de ambos Grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Estreñimiento									Diarrea								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	30	5	,00	100,00	20,00	29,81	,00	,00	33,33	30	5	,00	66,67	11,11	20,22	,00	,00	33,33
	24	11	,00	100,00	25,00	31,47	,00	,00	58,33	24	11	,00	33,33	4,17	11,26	,00	,00	,00
	21	14	,00	66,67	17,46	24,99	,00	,00	33,33	21	14	,00	33,33	11,11	16,10	,00	,00	33,33
	20	15	,00	33,33	11,67	16,31	,00	,00	33,33	21	14	,00	33,33	4,76	11,95	,00	,00	,00
	18	17	,00	66,67	5,56	17,15	,00	,00	,00	18	17	,00	66,67	11,11	19,80	,00	,00	33,33
	18	17	,00	66,66	9,26	19,15	,00	,00	8,33	18	17	,00	33,33	1,85	7,86	,00	,00	,00
	18	17	,00	100,00	12,96	25,92	,00	,00	33,33	18	17	,00	33,33	1,85	7,86	,00	,00	,00
	11	24	,00	100,00	21,21	30,81	,00	,00	33,33	11	24	,00	33,33	3,03	10,05	,00	,00	,00
	9	26	,00	33,33	11,11	16,67	,00	,00	33,33	9	26	,00	33,33	3,70	11,11	,00	,00	,00
	8	27	,00	33,33	8,33	15,43	,00	,00	25,00	8	27	,00	33,33	8,33	15,43	,00	,00	25,00
	6	29	,00	66,66	11,11	27,21	,00	,00	16,67	6	29	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	3	32	,00	33,33	11,11	19,24	,00	,00	33,33	3	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
G.E	1ª Sesión T									1ª Sesión T								
	25	8	,00	66,67	13,33	25,46	,00	,00	16,67	25	8	,00	100,00	21,33	28,67	,00	,00	33,33
	20	13	,00	66,67	15,00	22,88	,00	,00	33,33	21	12	,00	33,33	17,46	17,06	,00	33,33	33,33
	20	13	,00	100,00	18,33	27,52	,00	,00	33,33	20	13	,00	33,33	10,00	15,67	,00	,00	33,33
	19	14	,00	100,00	19,30	30,05	,00	,00	33,33	19	14	,00	66,67	7,02	17,84	,00	,00	,00
	15	18	,00	33,33	11,11	16,27	,00	,00	33,33	15	18	,00	66,67	15,56	24,77	,00	,00	33,33
	17	16	,00	100,00	21,57	31,05	,00	,00	33,33	17	16	,00	33,33	1,96	8,08	,00	,00	,00
	18	15	,00	33,33	9,26	15,36	,00	,00	33,33	18	15	,00	33,33	1,85	7,86	,00	,00	,00
	12	21	,00	33,33	11,11	16,41	,00	,00	33,33	12	21	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	8	25	,00	66,66	16,67	25,20	,00	,00	33,33	8	25	,00	33,33	8,33	15,43	,00	,00	25,00
	7	26	,00	33,33	9,52	16,26	,00	,00	33,33	7	26	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	31	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2	31	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	1	32	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 113.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Estreñimiento (CO; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,546	,504	,697	3,276	72,076	,022	,246							T2	13,29	4,37	22,20			
								T3	16,08	6,42	25,75									
								T4	16,55	7,91	25,19									
								T5	12,70	5,86	19,55									
								T6	9,91	3,36	16,45									
								T7	15,73	5,95	25,52									
								T8	10,96	2,57	19,34									
											GC			GE						
			ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>S</sub>											
TxG	,546	1,72	,166	3,276	72,076	,073	,584	8,022 <sup>L</sup>	1	22	,010	,267	,864	T2	20,51	8,44	32,58	6,06	-7,06	19,18
								3,002 <sup>C</sup>	1	22	,097	,120	,514	T3	23,08	9,99	36,16	9,09	-5,14	23,32
														T4	17,95	6,24	29,65	15,15	2,43	27,87
														T5	10,26	,99	19,52	15,15	5,08	25,23
														T6	7,69	-1,17	16,55	12,12	2,49	21,75
														T7	10,26	-2,99	23,50	21,21	6,81	35,61
														T8	12,82	1,46	24,18	9,09	-3,25	21,44
														DM/GC-GE			p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Grupos	,086	,772	1	22	,004	,114							T2	14,45	,18	-3,37	32,28			
							T3	13,99	,23	-5,35	33,32									
							T4	2,80	,78	-14,49	20,08									
							T5	-4,90	,55	-18,58	8,79									
							T6	-4,43	,57	-17,52	8,66									
							T7	-10,96	,35	-30,52	8,61									
							T8	3,73	,71	-13,05	20,50									

Tabla 114- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Estreñimiento (CO; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	NE	1,80	,13	6	35,22	GC:T3-T6	17,59	5,10	33,03	,033	T2	16,27	9,99	22,56	20,00	11,47	28,53	12,55	3,32	21,78	
											T3	20,38	13,57	27,19	25,29	15,94	34,64	15,48	5,58	25,38	
											T4	18,30	11,80	24,80	17,28	8,29	26,27	19,32	9,94	28,70	
											T5	15,18	9,09	21,28	10,03	1,57	18,49	20,34	11,57	29,11	
											T6	10,50	5,61	15,39	7,69	1,05	14,34	13,30	6,13	20,48	
											T7	16,98	10,17	23,79	8,63	-,78	18,03	25,33	15,49	35,18	
											T8	12,55	7,05	18,05	13,08	5,44	20,73	12,02	4,10	19,93	
TxG		2,38	,05	6	35,22	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T2	7,45	,33	-5,11	20,02						
											T3	9,81	,23	-3,81	23,43						
											T4	-2,04	,79	-15,04	10,95						
											T5	-10,31	,16	-22,50	1,87						
											T6	-5,61	,34	-15,39	4,17						
											T7	-16,71(*)	,05	-30,32	-3,09						
											T8	1,07	,87	-9,93	12,07						
Grupos		,21	,65	1	47,19	GC	2,58	,036	6	34,69											
						GE	1,74	,138	6	36,14											

Tabla 115.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Diarrea (DI; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,556	6,023	,001	3,337	76,75	,208	,983	15,95 <sup>L</sup>	1	23	,001	,410	,987	T2	21,47	11,51	31,44			
														T3	12,39	7,88	16,91			
														T4	10,79	5,34	16,24			
														T5	5,34	-,18	10,86			
														T6	17,41	9,10	25,72			
														T7	1,39	-,89	3,67			
														T8	1,39	-,89	3,67			
																	GC			GE
			ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>S</sub>											
TxG	,556	1,009	,399	3,337	76,75	,042	,0400							T2	17,95	4,14	31,76	25,00	10,62	39,38
														T3	2,56	-3,70	8,82	22,22	15,71	28,74
														T4	7,69	,14	15,24	13,89	6,03	21,75
														T5	5,13	-2,52	12,78	5,56	-2,40	13,52
														T6	15,38	3,87	26,90	19,44	7,46	31,43
														T7	4,4E-016	-3,16	3,16	2,78	-,51	6,07
														T8	4,4E-016	-3,16	3,16	2,78	-,51	6,07
																	DM/GC-GE			p
Grupos	2,348	,139	1	23	,093	,438								T2	-7,05	,55	-26,99	12,89		
														T3	-19,66	,00	-28,69	-10,62		
														T4	-6,20	,34	-17,10	4,70		
														T5	-,43	,95	-11,47	10,61		
														T6	-4,06	,68	-20,68	12,56		
														T7	-2,78	,31	-7,34	1,79		
														T8	-2,78	,31	-7,34	1,79		

Tiempo significativo

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T1-T6	20,08	,077	,696	39,47
T1-T7	20,08	,050	1,69	38,47
T2-T6	11,004	,011	2,48	19,52
T2-T7	11,004	,011	2,48	19,52
T5-T6	16,02	,067	,824	31,22

Significativa para el grupo: Experimental:

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T2-T6	19,44	,001	7,16	31,72
T2-T7	19,44	,001	7,15	31,72

Tabla 116.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Diarrea (DI; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	Σ	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	ARH1	5,90	,00	6	92,86	GT:T2-T7	14,52(*)	3,59	70,51	,00	T2	16,21	10,61	21,81	11,11	3,56	18,66	21,31	13,04	29,58	
						GT:T3-T7	9,45(*)	2,44	79,29	,00	T3	11,14	7,66	14,61	3,85	-,90	8,61	18,43	13,35	23,50	
						GT:T4-T7	8,35(*)	2,65	70,26	,05	T4	10,04	6,07	14,01	10,56	5,03	16,10	9,51	3,82	15,20	
						GT:T6-T7	12,49(*)	3,81	32,35	,05	T5	5,90	1,89	9,91	5,33	-,20	10,85	6,48	,66	12,29	
						GT:T2-T8	14,44(*)	3,58	69,70	,00	T6	14,18	7,25	21,11	13,37	4,00	22,74	14,99	4,77	25,20	
						GE:T3-T8	9,37(*)	2,43	77,88	,00	T7	1,69	-,55	3,93	1,60	-1,51	4,72	1,77	-1,44	4,99	
						GE:T4-T8	8,27(*)	2,67	69,25	,06	T8	1,77	-,40	3,94	1,74	-1,32	4,81	1,80	-1,27	4,86	
						GE:T6-T8	12,41(*)	4,11	36,70	,10											
						GE:T2-T7	19,53(*)	5,28	69,74	,01											
						GE:T3-T7	16,65(*)	3,54	78,67	,00											
						GE:T2-T8	19,51(*)	5,26	68,58	,01											
						GE:T3-T8	16,63(*)	3,52	76,76	,00											
TxG		2,25	,04	6	92,86	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T2	-10,20	,13	-21,39	1,00						
											T3	-14,57(*)	,00	-21,53	-7,62						
											T4	1,05	,83	-6,89	8,99						
						GC	2,40	,036	6	69,89	T5	-1,15	,81	-9,17	6,87						
						GE	5,54	,000	6	71,11	T6	-1,62	,84	-15,48	12,24						
Grupos		2,13	,15	1	64,01						T7	-,17	,95	-4,64	4,31						
											T8	-,05	,98	-4,39	4,28						

Tabla 117.- Estadísticos descriptivos de las variables Dolor (PA) y Dificultad para Dormir (SL) para los pacientes con cáncer de mama de ambos Grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Dolor									Dificultad para dormir								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	30	5	,00	83,33	17,22	21,21	,00	8,33	33,33	30	5	,00	100,00	25,56	31,18	,00	16,67	33,33
	3ª Sesión T	24	11	,00	83,33	13,19	19,65	,00	,00	16,67	24	11	,00	100,00	25,00	28,23	,00	33,33	33,33
	4ª Sesión T	21	14	,00	66,67	14,29	19,92	,00	,00	33,33	20	15	,00	100,00	26,67	27,78	,00	33,33	33,33
	5ª Sesión T	21	14	,00	83,33	16,71	23,08	,00	16,67	25,00	21	14	,00	66,67	19,05	19,92	,00	33,33	33,33
	Última Sesión T	18	17	,00	50,00	11,11	16,17	,00	,00	20,83	18	17	,00	100,00	24,07	33,93	,00	,00	33,33
	1º Seguimiento	18	17	,00	66,67	14,81	22,79	,00	,00	33,33	17	18	,00	66,67	15,69	20,81	,00	,00	33,33
	2º Seguimiento	18	17	,00	50,00	10,18	17,28	,00	,00	16,67	17	18	,00	66,67	13,73	20,61	,00	,00	33,33
	3º Seguimiento	11	24	,00	50,00	12,12	18,40	,00	,00	33,33	11	24	,00	66,67	21,21	22,47	,00	33,33	33,33
	4º Seguimiento	9	26	,00	33,33	11,11	14,43	,00	,00	25,00	9	26	,00	33,33	18,52	17,57	,00	33,33	33,33
	5º Seguimiento	8	27	,00	33,33	8,33	12,60	,00	,00	16,67	8	27	,00	33,33	16,67	17,82	,00	16,67	33,33
	6º Seguimiento	6	29	,00	33,33	8,33	13,94	,00	,00	20,83	6	29	,00	33,33	16,67	18,26	,00	16,67	33,33
7º Seguimiento	3	32	,00	33,33	11,11	19,24	,00	,00	33,33	3	32	,00	33,33	11,11	19,24	,00	,00	33,33	
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	24	9	,00	100,00	22,92	24,97	,00	16,67	33,33	25	8	,00	100,00	28,00	32,89	,00	33,33	50,00
	3ª Sesión T	21	12	,00	50,00	15,87	16,22	,00	16,67	33,33	21	12	,00	100,00	33,33	33,33	,00	33,33	66,66
	4ª Sesión T	20	13	,00	83,33	25,00	26,21	,00	16,67	45,83	20	13	,00	100,00	35,00	33,29	,00	33,33	66,67
	5ª Sesión T	19	14	,00	66,67	18,42	22,15	,00	16,67	33,33	19	14	,00	100,00	22,81	27,34	,00	33,33	33,33
	Última Sesión T	15	18	,00	83,33	24,44	26,63	,00	16,67	33,33	14	19	,00	66,67	28,57	28,81	,00	33,33	66,66
	1º Seguimiento	17	16	,00	33,33	13,72	14,71	,00	16,66	33,33	17	16	,00	66,67	19,61	23,74	,00	,00	33,33
	2º Seguimiento	18	15	,00	83,33	20,37	25,28	,00	16,66	33,33	17	16	,00	100,00	33,33	33,33	,00	33,33	50,00
	3º Seguimiento	12	21	,00	33,33	16,66	15,89	,00	16,66	33,33	12	21	,00	66,67	22,22	25,95	,00	16,67	33,33
	4º Seguimiento	7	26	,00	100,00	28,57	36,91	,00	16,66	50,00	8	25	,00	66,66	33,33	25,20	8,33	33,33	58,33
	5º Seguimiento	7	26	,00	33,33	9,52	16,26	,00	,00	33,33	7	26	,00	66,66	33,33	27,21	,00	33,33	66,66
	6º Seguimiento	2	31	,00	33,33	16,67	23,57	,00	16,67	33,33	2	31	33,33	33,33	33,33	,00	33,33	33,33	33,33
7º Seguimiento	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	32	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33	

Legenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 118.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dificultad para Dormir (SL; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,657	1,336	,264	3,94	82,76	,060	,529	5,420 <sup>3</sup>	1	21	,030	,205	,728	T2	21,97	11,31	32,62			
														T3	30,56	17,32	43,79			
														T4	27,90	17,51	38,30			
														T5	17,42	10,16	24,68			
														T6	21,97	11,31	32,62			
														T7	17,55	9,51	25,59			
														T8	22,10	12,38	31,81			
																	GC			GE
			ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>s</sub>											
TxG	,657	,436	,780	3,94	82,76	,020	,239							T2	16,67	1,93	31,40	27,27	11,88	42,67
														T3	27,78	9,47	46,08	33,33	14,21	52,45
														T4	19,44	5,07	33,82	36,36	21,35	51,38
														T5	16,67	6,62	26,71	18,18	7,69	28,67
														T6	16,67	1,93	31,40	27,27	11,88	42,66
														T7	13,89	2,77	25,00	21,21	9,60	32,82
														T8	13,89	,45	27,32	30,30	16,27	44,33
																	DM/GC-GE			p
Grupos	1,252	0,276	1	21	,056	,290								T2	-10,61	,401	-31,916	10,705		
														T3	-5,56	,722	-32,025	20,914		
														T4	-16,92	,176	-37,704	3,865		
														T5	-1,52	,859	-16,039	13,007		
														T6	-10,61	,401	-31,916	10,704		
														T7	-7,32	,442	-23,395	8,748		
														T8	-16,41	,161	-35,841	3,013		

Tabla 119.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dificultad para Dormir (SL; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	<i>gl</i>	<i>p</i>	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	SC	1,33	,25	6	212,15						T2	26,29	19,55	33,04	25,56	16,41	34,70	27,03	17,11	36,95	
											T3	30,27	23,07	37,46	28,44	18,56	38,32	32,09	21,62	42,56	
											T4	32,64	25,18	40,09	29,60	19,16	40,03	35,68	25,02	46,33	
											T5	24,04	16,57	31,51	22,80	12,52	33,09	25,27	14,43	36,11	
											T6	29,94	21,93	37,96	27,70	16,94	38,46	32,19	20,31	44,07	
											T7	21,86	14,03	29,69	20,44	9,48	31,39	23,28	12,09	34,48	
											T8	28,08	20,25	35,92	21,23	10,27	32,18	34,94	23,75	46,13	
TxG		,38	,89	6	212,15	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
											T2	-1,48	,86	-14,97	12,02						
											T3	-3,65	,67	-18,05	10,74						
											T4	-6,08	,50	-20,99	8,83						
											T5	-2,47	,78	-17,41	12,47						
											T6	-4,49	,64	-20,52	11,54						
											T7	-2,85	,76	-18,51	12,82						
											T8	-13,72	,15	-29,38	1,94						
Grupos		,54	,47	1	47,26	GC	0,62	,72	6	212,12											
						GE	1,08	,37	6	211,71											



Tabla 120.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Dolor (PA; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																			
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas						
													GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
Tiempo	,707	,594	,678	4,24	97,60	,025	,301						T2	15,49	10,10	20,88			
								T3	12,13	7,34	16,92								
								T4	16,93	9,78	24,09								
								T5	16,87	9,05	24,68								
								T6	16,35	9,58	23,11								
								T7	11,27	5,28	17,26								
								T8	16,83	9,05	24,60								
								GC											
ME      IC <sub>1</sub> IC <sub>s</sub> ME      IC <sub>1</sub> IC <sub>s</sub>																			
T2      11,54      4,07      19,01      19,44      11,67      27,22																			
T3      8,97      2,34      15,61      15,28      8,37      22,19																			
T4      10,26      ,35      20,17      23,61      13,30      33,93																			
T5      12,90      2,07      23,72      20,83      9,57      32,10																			
T6      7,69      -1,69      17,07      25,00      15,24      34,76																			
T7      12,82      4,52      21,12      9,72      1,09      18,36																			
T8      12,82      2,04      23,60      20,83      9,62      32,05																			
T      DM/GC-GE <i>p</i> IC <sub>1</sub> IC <sub>s</sub>																			
T2      -7,91      ,22      -18,68      2,87																			
T3      -6,30      ,27      -15,88      3,28																			
T4      -13,35      ,12      -27,66      ,95																			
T5      -7,94      ,39      -23,56      7,69																			
T6      -17,31      ,04      -30,84      -3,77																			
T7      3,10      ,66      -8,88      15,07																			
T8      -8,01      ,39      -23,57      7,54																			
TxG	,707	1,032	,397	4,24	97,60	,043	,452												
Grupos		2,591	,121	1	23	,101	,468												

Tabla 121.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Dolor (PA; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	SC	,49	,82	6	211,65						T2	20,05	14,98	25,12	17,22	10,41	24,04	22,89	15,38	30,39	
											T3	16,05	10,62	21,47	14,09	6,64	21,53	18,00	10,11	25,90	
											T4	21,33	15,72	26,93	15,30	7,50	23,10	27,35	19,30	35,41	
											T5	20,00	14,33	25,66	17,65	9,85	25,45	22,35	14,13	30,57	
											T6	20,10	14,03	26,17	12,68	4,45	20,91	27,52	18,60	36,44	
											T7	17,55	11,62	23,48	17,77	9,53	26,00	17,34	8,79	25,88	
											T8	19,05	13,18	24,92	12,82	4,59	21,06	25,27	16,90	33,64	
TxG		1,01	,42	6	211,65	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T2	-5,66	,36	-15,80	4,48						
											T3	-3,91	,55	-14,77	6,94						
											T4	-12,05(*)	,08	-23,26	-,84						
						GC	0,36	,91	6	211,17	T5	-4,70	,49	-16,03	6,63						
						GE	1,10	,36	6	211,42	T6	,43	,95	-11,43	12,30						
Grupos		2,58	,12	1	40,89						T7	-12,45(*)	,08	-24,19	-,71						
											T8										

Tabla 122.- Estadísticos descriptivos de las variables Cansancio (FA) y Disnea (DY) (QLQ-C30) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Cansancio									Disnea								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	30	5	,00	88,89	24,81	23,65	,00	22,22	44,44	30	5	,00	100,00	6,67	22,15	,00	,00	,00
	3ª Sesión T	24	11	,00	44,44	23,61	15,13	11,11	27,78	33,33	24	11	,00	66,67	4,17	14,95	,00	,00	,00
	4ª Sesión T	21	14	,00	66,67	25,40	18,97	,00	33,33	33,33	20	15	,00	33,33	8,33	14,81	,00	,00	25,00
	5ª Sesión T	21	14	,00	77,77	23,28	22,19	,00	22,22	33,33	21	14	,00	33,33	3,17	10,03	,00	,00	,00
	Última Sesión T	18	17	,00	66,67	27,78	22,95	,00	22,22	47,22	18	17	,00	33,33	5,56	12,78	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	18	17	,00	100,00	17,90	25,89	,00	5,56	33,33	18	17	,00	33,33	3,70	10,78	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	18	17	,00	44,44	12,96	17,57	,00	,00	33,33	18	17	,00	33,33	3,70	10,78	,00	,00	,00
	3º Seguimiento	11	24	,00	66,67	18,18	24,48	,00	,00	33,33	11	24	,00	33,33	6,06	13,48	,00	,00	,00
	4º Seguimiento	9	26	,00	33,33	11,11	16,67	,00	,00	33,33	9	26	,00	33,33	7,41	14,70	,00	,00	16,67
	5º Seguimiento	8	27	,00	22,22	6,94	10,18	,00	,00	19,44	7	28	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	6º Seguimiento	6	29	,00	22,22	3,70	9,07	,00	,00	5,56	6	29	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
6º Seguimiento	3	32	,00	22,22	7,41	12,83	,00	,00	22,22	3	32	,00	33,33	11,11	19,24	,00	,00	33,33	
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	25	8	,00	77,77	29,11	21,59	11,11	33,33	44,44	25	8	,00	33,33	2,67	9,23	,00	,00	,00
	3ª Sesión T	21	12	,00	88,89	29,10	22,63	11,11	33,33	33,33	21	12	,00	33,33	4,76	11,95	,00	,00	,00
	4ª Sesión T	20	13	11,11	77,77	38,89	17,47	25,00	33,33	52,77	20	13	,00	33,33	8,33	14,81	,00	,00	25,00
	5ª Sesión T	19	14	,00	100,00	39,18	26,55	33,33	33,33	44,44	19	14	,00	66,67	5,26	16,72	,00	,00	,00
	Última Sesión T	14	19	,00	100,00	50,00	32,54	22,22	38,89	88,89	15	18	,00	100,00	11,11	27,22	,00	,00	,00
	1º Seguimiento	17	16	,00	77,78	26,80	23,91	5,56	22,22	38,89	17	16	,00	66,67	7,84	18,74	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	18	15	,00	55,55	23,46	20,13	,00	27,78	36,11	18	15	,00	66,66	12,96	23,26	,00	,00	33,33
	3º Seguimiento	12	21	,00	55,56	19,44	23,27	,00	5,56	41,66	12	21	,00	66,66	11,11	21,71	,00	,00	25,00
	4º Seguimiento	7	26	,00	83,33	35,71	32,37	,00	44,44	55,55	8	25	,00	66,66	12,50	24,80	,00	,00	25,00
	5º Seguimiento	7	26	,00	66,66	17,46	27,11	,00	,00	44,44	7	26	,00	33,33	4,76	12,60	,00	,00	,00
	6º Seguimiento	2	31	,00	11,11	5,56	7,86	,00	5,56	11,11	2	31	,00	33,33	16,67	23,57	,00	16,67	33,33
7º Seguimiento	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00	

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 123.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Cansancio (FA; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	.526	3,586	,016	3,156	69,426	,140	,868	14,178 <sup>C</sup>	1	22	,001	,392	,977	T2	25,95	18,26	33,65			
														T3	26,07	18,86	33,27			
														T4	30,38	23,43	37,33			
														T5	32,05	23,54	40,56			
														T6	37,57	28,31	46,83			
														T7	24,32	14,47	34,17			
														T8	19,04	11,97	26,10			
																		GC		
TxG	,526	1,982	,122	3,156	69,426	,083	,633	7,862 <sup>C</sup>	1	22	,010	,263	,858	T2	25,64	15,22	36,06	26,26	14,93	37,59
														T3	18,80	9,05	28,56	33,33	22,73	43,94
														T4	21,37	11,95	30,78	39,39	29,16	49,63
														T5	19,66	8,14	31,18	44,44	31,92	56,97
														T6	25,64	13,10	38,18	49,49	35,86	63,12
														T7	21,37	8,04	34,70	27,27	12,78	41,77
														T8	12,82	3,26	22,38	25,25	14,85	35,65
																		DM/GC-GE		
Grupos	3,675	,068	1	22	,143	,584								T2	-,62	,95	-16,01	14,77		
														T3	-14,53	,10	-28,94	-,12		
														T4	-18,03	,04	-31,93	-4,12		
														T5	-24,79	,02	-41,81	-7,77		
														T6	-23,85	,04	-42,37	-5,33		
														T7	-5,90	,61	-25,60	13,79		
														T8	-12,43	,15	-26,56	1,70		

Tiempo significativo

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T1-T5	-11,61	,092	-23,10	-,12
T5-T7	-18,53	,023	3,046	34,01

Interacción significativa para el grupo: Experimental:

T	DM/	P	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
T1-T4	-18,18	,039	-34,31	-2,04
T1-T5	-23,23	,006	-40,15	-6,31
T5-T7	24,24	,062	1,44	47,03

Tabla 124.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Cansancio (FA; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T +2S																								
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas													
											GC+GE			GC			GE							
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>				
Tiempo	NE	6,89	,00	6	32,93	GE:T1-T3	-12,46	3,70	36,9	,041	T2	26,38	20,18	32,58	24,81	16,40	33,23	27,94	18,83	37,05				
						GE:T1-T5	-26,20	5,45	30,26	,001	T3	27,60	21,88	33,31	24,09	16,26	31,92	31,10	22,77	39,43				
						GE:T2-T5	-23,04	6,03	35,80	,011	T4	33,32	27,66	38,98	26,24	18,42	34,05	40,41	32,21	48,60				
						GE:T5-T7	28,16	6,10	24,71	,002	T5	33,58	26,14	41,02	26,01	15,74	36,29	41,15	30,39	51,91				
						T6	41,77	32,80	50,74	29,40	17,38	41,42	54,14	40,83	67,46									
						T7	26,21	18,01	34,41	19,83	8,44	31,22	32,59	20,80	44,39									
						T8	21,10	14,95	27,25	16,22	7,61	24,83	25,98	17,20	34,76									
TxG		2,18	,07	6	32,93	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																		
Grupos		6,18	,02	1		Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>									
						GC	1,29	,29	6	33,08	T2	-3,13	,62	-15,53	9,27									
						GE	7,20	,00	6	32,61	T3	-7,01	,22	-18,45	4,42									
											T4	-14,17(*)	,02	-25,49	-2,85									
											T5	-15,13(*)	,05	-30,01	-,26									
											T6	-24,74(*)	,01	-42,69	-6,80									
											T7	-12,76	,12	-29,16	3,63									
											T8	-9,76	,12	-22,05	2,54									

Tabla 125.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Disnea (DY; QLQ-C30) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\varepsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>I</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,434	1,747	,174	2,605	57,320	,074	,534	5,531 <sup>L</sup>	1	22	,028	,201	,737	T2	2,78	-,44	5,99			
														T3	2,78	-,44	5,99			
														T4	5,56	1,12	9,99			
														T5	4,17	-,97	9,30			
														T6	6,94	-,77	14,66			
														T7	6,94	1,06	12,83			
														T8	11,11	4,14	18,08			
														GC			GE			
TxG	,434	,780	,494	2,605	57,320	,034	,302							ME	IC <sub>I</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>I</sub>	IC <sub>S</sub>	
														T2	,000	-4,55	4,55	5,56	1,01	10,10
														T3	,00	-4,55	4,55	5,56	1,01	10,10
														T4	2,78	-3,49	9,05	8,33	2,06	14,60
														T5	,00	-7,26	7,26	8,33	1,07	15,60
														T6	2,78	-8,13	13,68	11,11	,21	22,02
														T7	2,78	-5,55	11,10	11,11	2,79	19,43
														T8	2,78	-7,08	12,64	19,44	9,58	29,30
Grupos	2,93	,101	1	22	,118	,507								T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>I</sub>	IC <sub>S</sub>		
														T2	-5,56	,15	-11,99	,88		
														T3	-5,56	,15	-11,99	,88		
														T4	-5,56	,29	-14,42	3,31		
														T5	-8,33	,18	-18,60	1,94		
														T6	-8,33	,36	-23,76	7,09		
														T7	-8,33	,24	-20,10	3,44		
														T8	-16,67	,05	-30,61	-2,72		

Tabla 126.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Disnea en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T/G	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	NE	2,98	,21	6	2,80						T2	4,52	-,16	9,20	6,67	,30	13,04	2,38	-4,48	9,24
											T3	5,25	,40	10,10	6,63	,01	13,25	3,87	-3,22	10,96
											T4	10,45	2,46	18,44	8,83	-2,44	20,09	12,07	,73	23,40
											T5	5,39	,67	10,11	4,98	-1,50	11,45	5,80	-1,07	12,68
											T6	6,98	-6,18	20,14	9,97	-8,84	28,79	3,99	-14,50	22,47
											T7	7,30	1,23	13,38	6,76	-1,63	15,15	7,85	-,93	16,63
											T8	11,64	3,21	20,07	9,11	-2,57	20,78	14,17	2,00	26,35
TxG		1,29	,46	6	2,80	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
											T2	4,29	,36	-5,07	13,65					
											T3	2,76	,57	-6,94	12,46					
											T4	-3,24	,62	-19,21	12,74					
											T5	-,83	,86	-10,27	8,62					
											T6	5,99	,52	-20,33	32,31					
											T7	-1,10	,84	-13,24	11,05					
											T8	-5,07	,51	-21,93	11,80					
Grupos		,01	,93	1	28,69															

Tabla 127- Estadísticos descriptivos de las variables Imagen Corporal y Perspectiva Futura (BR-23) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Imagen corporal									Perspectiva futura								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	29	6	,00	100,00	72,99	35,12	50,00	91,67	100,00	29	6	,00	100,00	75,86	29,41	66,67	66,67	100,00
	3ª Sesión T	23	12	,00	100,00	64,07	38,92	25,00	75,00	100,00	23	12	,00	100,00	68,12	29,26	66,67	66,67	100,00
	4ª Sesión T	20	15	,00	100,00	75,00	32,56	66,67	83,33	100,00	19	16	33,33	100,00	78,95	25,36	66,67	100,00	100,00
	5ª Sesión T	20	15	,00	100,00	70,83	36,32	45,83	87,50	100,00	20	15	,00	100,00	78,33	31,11	66,67	100,00	100,00
	Última Sesión T	17	18	,00	100,00	76,47	32,31	62,50	91,67	100,00	17	18	66,66	100,00	86,27	16,91	66,67	100,00	100,00
	1º Seguimiento	17	18	,00	100,00	71,57	34,87	41,67	83,33	100,00	17	18	33,33	100,00	70,59	23,22	66,66	66,67	100,00
	2º Seguimiento	16	19	,00	100,00	78,65	31,18	62,50	95,83	100,00	16	19	,00	100,00	68,75	25,73	66,66	66,67	91,67
	3º Seguimiento	11	24	,00	100,00	70,45	35,62	33,33	83,33	100,00	11	24	33,33	100,00	66,67	29,81	33,33	66,66	100,00
	4º Seguimiento	8	27	41,67	100,00	84,37	24,57	58,33	100,00	100,00	8	27	33,33	100,00	62,50	21,36	41,67	66,67	66,67
	5º Seguimiento	8	27	75,00	100,00	94,79	9,90	87,50	100,00	100,00	8	27	33,33	100,00	66,66	17,82	66,66	66,66	66,66
	6º Seguimiento	5	30	33,33	100,00	83,33	28,87	58,33	100,00	100,00	5	30	33,33	100,00	73,33	27,89	50,00	66,66	100,00
	7º Seguimiento	2	33	25,00	100,00	62,50	53,03	25,00	62,50	100,00	2	33	,00	66,66	33,33	47,14	,00	33,33	66,66
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	24	9	,00	100,00	78,82	29,69	68,75	91,66	100,00	24	9	,00	100,00	58,33	34,40	33,33	66,67	91,67
	3ª Sesión T	20	13	8,33	100,00	86,25	24,82	77,08	100,00	100,00	21	12	,00	100,00	66,67	29,81	66,66	66,67	100,00
	4ª Sesión T	20	13	,00	100,00	80,42	31,10	68,75	100,00	100,00	20	13	,00	100,00	65,00	29,57	66,66	66,67	91,67
	5ª Sesión T	19	14	,00	100,00	82,46	27,90	83,33	91,66	100,00	19	14	,00	100,00	61,40	37,29	33,33	66,67	100,00
	Última Sesión T	15	18	,00	100,00	73,89	33,90	66,66	83,33	100,00	15	18	,00	100,00	60,00	38,21	33,33	66,67	100,00
	1º Seguimiento	17	16	,00	100,00	76,47	36,47	54,17	100,00	100,00	17	16	,00	100,00	70,59	30,92	50,00	66,67	100,00
	2º Seguimiento	18	15	,00	100,00	86,57	26,53	81,25	100,00	100,00	18	15	,00	100,00	70,37	30,01	58,33	66,67	100,00
	3º Seguimiento	12	21	41,66	100,00	90,97	21,16	100,00	100,00	100,00	12	21	,00	100,00	75,00	35,18	41,66	100,00	100,00
	4º Seguimiento	8	25	58,33	100,00	86,46	18,87	66,66	100,00	100,00	8	25	33,33	100,00	75,00	29,55	41,66	83,33	100,00
	5º Seguimiento	7	26	50,00	100,00	90,48	18,90	83,33	100,00	100,00	7	26	33,33	100,00	71,43	29,99	33,33	66,66	100,00
	6º Seguimiento	2	31	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00	2	31	66,66	100,00	83,33	23,57	66,66	83,33	100,00
	7º Seguimiento	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos



Tabla 128.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Imagen Corporal en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\epsilon$	F	<i>p</i>	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	<i>gl</i> <sub>1</sub>	<i>gl</i> <sub>2</sub>	<i>p</i>	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,398	3,027	,049	2,38	47,476	,131	,730	5,15c	1	20	,034	,205	,708	T2	76,89	64,82	88,97			
														T3	65,84	51,10	80,58			
														T4	75,76	62,52	89,00			
														T5	76,51	64,66	88,36			
														T6	72,73	59,99	85,46			
														T7	73,86	60,01	87,72			
														T8	80,68	68,57	92,79			
																	GC			GE
			ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>s</sub>											
TxG	,398	2,55	,079	2,38	47,476	,113	,660	3,677L	1	20	,070	,155	,582	T2	72,73	55,66	89,80	81,06	63,99	98,13
														T3	51,38	30,54	72,23	80,30	59,46	101,15
														T4	71,97	53,25	90,69	79,55	60,82	98,27
														T5	68,94	52,18	85,70	84,09	67,33	100,85
														T6	69,70	51,69	87,71	75,76	57,75	93,77
														T7	70,45	50,86	90,05	77,27	57,68	96,87
														T8	78,03	60,90	95,16	83,33	66,20	100,46
																	ME			IC <sub>1</sub>
Grupos	,398	,616	,442	1	20	,030	,196						T	DM/GC-GE	<i>p</i>	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
								T2	-8,33	,56	-37,53	20,87								
								T3	-28,92	,11	-64,57	6,74								
								T4	-7,58	,63	-39,60	24,45								
								T5	-15,15	,28	-43,81	13,51								
								T6	-6,06	,69	-36,87	24,75								
								T7	-6,82	,68	-40,33	26,70								
								T8	-5,30	,71	-34,60	24,00								

Tabla 129.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Imagen Corporal (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	SC	2,288	,037	6	209,399	GT:T2-T7	-10,233	2,828	208,582	,008	T2	76,06	67,18	84,94	72,99	60,82	85,16	79,13	66,20	92,06	
						GC:T2-T5	-12,987	3,917	208,302	,023	T3	71,95	62,85	81,06	62,95	50,42	75,49	80,95	67,74	94,17	
						GC:T2-T7	-15,267	3,977	208,353	,004	T4	76,20	67,03	85,38	73,57	60,86	86,29	78,83	65,60	92,06	
											T5	76,82	67,62	86,03	72,39	59,67	85,10	81,26	67,95	94,57	
											T6	76,37	66,96	85,77	75,94	63,00	88,88	76,79	63,14	90,44	
												T7	74,87	65,53	84,21	72,94	60,00	85,89	76,80	63,33	90,26
												T8	82,19	72,85	91,53	78,22	65,19	91,25	86,15	72,77	99,53
TxG						Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Grupos						,737 ,395 1 52,880						T2	-6,14	,49	-23,90	11,61					
												T3	-18,00	,05	-36,21	,22					
												T4	-5,26	,57	-23,61	13,09					
												T5	-8,87	,34	-27,28	9,54					
												T6	-,85	,93	-19,66	17,96					
												T7	-3,85	,68	-22,53	14,83					
												T8	-7,93	,40	-26,61	10,75					
												GC	3,70	,005	6	209,459					
GE	1,239	,288	6	209,275																	



Tabla 131.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Perspectiva Futura (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE			GC			GE			
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
Tiempo	SC	,378	,893	6	212,141						T2	67,61	59,43	75,80	75,86	64,71	87,01	59,36	47,37	71,35
											T3	65,68	57,03	74,32	66,63	54,65	78,62	64,72	52,26	77,18
											T4	71,22	62,30	80,15	76,97	64,38	89,57	65,47	52,82	78,13
											T5	68,46	59,52	77,41	77,08	64,65	89,52	59,85	46,99	72,71
											T6	70,13	60,70	79,56	79,51	66,52	92,50	60,75	47,06	74,43
											T7	68,99	59,71	78,26	68,12	55,12	81,11	69,86	56,62	83,09
											T8	67,15	57,87	76,42	65,12	51,91	78,33	69,18	56,14	82,21
TxG		2,394	,029	6	212,141	Efectos simples del tiempo en cada Grupo														
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>					
											T2	16,50	,05	,13	32,87					
											T3	1,91	,83	-15,38	19,20					
											T4	11,50	,20	-6,35	29,36					
											T5	17,23	,06	-,66	35,12					
											T6	18,76	,05	-,10	37,63					
											T7	-1,74	,85	-20,29	16,80					
											T8	-4,06	,67	-22,61	14,50					
Grupos		1,495	,227	1	51,336	GC	1,809	,099	6	212,186										
						GE	,979	,440	6	211,732										

Tabla 132.- Estadísticos descriptivos de las variables Funcionamiento Sexual y Satisfacción Sexual (BR-23) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Funcionamiento sexual									Satisfacción sexual								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																	
	27	8	,00	66,67	19,75	20,69	,00	16,67	33,33	14	21	,00	100,00	45,24	33,61	25,00	33,33	66,67
	20	15	,00	50,00	18,33	18,65	,00	16,66	33,33	10	25	,00	100,00	46,67	32,20	25,00	50,00	66,67
	18	17	,00	66,67	24,07	27,55	,00	16,67	41,67	10	25	,00	100,00	56,67	27,44	33,33	66,67	66,67
	17	18	,00	66,66	23,53	22,87	,00	33,33	41,67	10	25	,00	100,00	56,67	31,62	33,33	66,67	75,00
	13	22	,00	66,67	15,38	25,88	,00	,00	33,33	4	31	33,33	66,67	50,00	19,25	33,33	50,00	66,67
	14	21	,00	66,67	26,19	23,31	,00	33,33	33,33	9	26	,00	100,00	55,56	33,33	33,33	66,67	83,33
	13	22	,00	66,67	30,77	25,32	,00	33,33	50,00	9	26	33,33	100,00	66,67	23,57	50,00	66,67	83,33
	9	26	,00	83,33	31,48	33,79	,00	33,33	66,66	6	29	,00	100,00	50,00	34,96	25,00	50,00	75,00
	5	30	,00	66,67	33,33	26,35	8,33	33,33	58,33	4	31	33,33	66,67	50,00	19,24	33,33	50,00	66,67
	6	29	,00	100,00	44,44	40,37	,00	50,00	75,00	3	32	66,66	100,00	77,77	19,25	66,66	66,66	100,00
	4	31	,00	66,66	33,33	27,21	8,33	33,33	58,33	3	32	33,33	66,66	55,55	19,24	33,33	66,66	66,66
	1	34	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33	1	34	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
G.E	1ª Sesión T																	
	18	15	,00	66,67	21,30	18,79	,00	25,00	33,33	11	22	,00	100,00	45,45	26,97	33,33	33,33	66,67
	14	19	,00	50,00	22,62	19,18	,00	33,33	33,33	7	26	33,33	66,67	47,62	17,82	33,33	33,33	66,67
	16	17	,00	33,33	16,67	16,10	,00	16,67	33,33	8	25	,00	66,67	33,33	25,20	8,33	33,33	58,33
	12	21	,00	50,00	20,83	17,59	,00	25,00	33,33	6	27	33,33	66,67	44,44	17,21	33,33	33,33	66,67
	11	22	,00	50,00	22,73	20,10	,00	33,33	33,33	6	27	33,33	66,67	50,00	18,26	33,33	50,00	66,67
	14	19	,00	100,00	27,38	30,39	,00	33,33	37,50	7	26	33,33	100,00	57,14	25,20	33,33	66,66	66,67
	13	20	,00	100,00	34,61	30,78	,00	33,33	58,33	8	25	66,66	100,00	75,00	15,43	66,66	66,67	91,67
	8	25	,00	100,00	52,08	28,78	37,50	50,00	66,67	6	27	33,33	100,00	61,11	32,77	33,33	50,00	100,00
	6	27	,00	66,66	19,44	26,70	,00	8,33	41,66	2	31	66,66	66,66	66,66	,00	66,66	66,66	66,66
	6	27	,00	66,66	33,33	29,81	,00	33,33	66,66	3	30	66,66	100,00	77,77	19,25	66,66	66,66	100,00
	2	31	33,33	66,66	50,00	23,57	33,33	50,00	66,66	2	31	66,66	66,66	66,66	,00	66,66	66,66	66,66
	1	32	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66	1	32	66,66	66,66	66,66		66,66	66,66	66,66

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 133.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Funcionamiento Sexual (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																									
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas											
														GT/GC											
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>								
Tiempo	.383	1,393	,264	2,299	32,189	,090	,422							T2	24,47	16,32	32,62								
														T3	22,88	14,56	31,21								
														T4	19,97	9,09	30,86								
														T5	18,12	10,14	26,11								
														T6	21,16	9,88	32,45								
														T7	26,59	15,97	37,21								
														T8	26,59	15,97	37,21								
																	GC			GE					
								ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>S</sub>			ME			IC <sub>1</sub>			IC <sub>S</sub>		
								T2	20,37	9,59	31,15	28,57	16,35	40,79											
								T3	14,81	3,80	25,83	30,95	18,46	43,44											
								T4	18,52	4,12	32,92	21,43	5,10	37,76											
								T5	14,81	4,25	25,38	21,43	9,45	33,41											
								T6	18,52	3,59	33,45	23,81	6,88	40,74											
								T7	22,22	8,17	36,27	30,95	15,02	46,88											
								T8	22,22	8,17	36,27	30,95	15,02	46,88											
TxG	.383	,557	,602	2,299	32,189	,038	,230							T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>							
Grupos	.383	,672	,426	1	14	,046	,201							T2	-8,20	,39	-24,50	8,09							
														T3	-16,14	,11	-32,79	,52							
														T4	-2,91	,82	-24,68	18,86							
														T5	-6,61	,48	-22,58	9,36							
														T6	-5,29	,69	-27,87	17,29							
														T7	-8,73	,48	-29,97	12,51							
														T8	-8,73	,48	-29,97	12,51							

Tabla 134.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Funcionamiento sexual (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																							
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas												
											GC+GE				GC			GE					
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	ARMA	2,964	,011	6	96,411	GT:T4-T7	-10,788	3,399	107,908	,041	T2	19,76	13,11	26,41	19,75	10,99	28,52	19,77	9,75	29,78			
						GT:T5-T6	-8,736	2,807	125,049	,048	T3	16,67	9,74	23,61	13,39	4,15	22,63	19,96	9,61	30,31			
						GT:T5-T7	-11,256	3,239	150,692	,014	T4	17,27	10,31	24,24	20,09	10,56	29,61	14,46	4,30	24,62			
											T5	15,70	8,43	22,97	18,20	8,44	27,95	13,21	2,43	23,99			
											T6	15,23	7,64	22,83	14,79	4,42	25,16	15,68	4,58	26,78			
											T7	23,97	16,43	31,51	23,87	13,41	34,34	24,07	13,22	34,92			
											T8	26,49	18,71	34,27	25,43	14,59	36,27	27,55	16,40	38,71			
TxG		1,259	,283	6	96,411	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																	
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>								
Grupos						,000 ,985 1 51,049										T2	-,01	1,00	-13,32	13,29			
																T3	-6,57	,35	-20,44	7,30			
																T4	5,63	,42	-8,30	19,55			
																T5	4,99	,50	-9,55	19,52			
																T6	-,89	,91	-16,09	14,30			
																T7	-,20	,98	-15,27	14,87			
																T8	-2,13	,79	-17,69	13,43			
																GC	2,250	,046	6	89,259			
					GE	2,102	,060	6	93,491														

Tabla 135.-Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Satisfacción Sexual (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas						
														GT/GC						
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>			
Tiempo	,274	2,93	,127	1,645	6,579	,423	,525	6,509 <sup>C</sup>	1	4	,068	,619	,675	T2	50,00	31,16	68,84			
														T3	50,00	31,15	68,84			
														T4	50,00	31,16	68,84			
														T5	45,83	28,63	63,03			
														T6	50,00	31,16	68,84			
														T7	50,00	31,16	68,84			
														T8	66,67	66,66	66,67			
																	GC			GE
TxG	,274	,160	,817	1,645	6,579	,038	,125							ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	
														T2	50,00	19,23	80,77	50,00	28,24	71,76
														T3	50,00	19,23	80,77	50,00	28,24	71,76
														T4	50,00	19,23	80,77	50,00	28,24	71,76
														T5	50,00	21,91	78,09	41,67	21,80	61,53
														T6	50,00	19,23	80,77	50,00	28,24	71,76
														T7	50,00	19,23	80,77	50,00	28,24	71,76
														T8	66,67	66,66	66,67	66,66	66,66	66,67
Grupos	,007	,938	1	4	,002	,101								T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>		
														T2	,00	1,00	-49,08	49,084		
														T3	,00	1,00	-49,09	49,087		
														T4	,00	1,00	-49,08	49,084		
														T5	8,33	,63	-36,47	53,140		
														T6	,00	1,00	-49,08	49,084		
														T7	,00	1,00	-49,08	49,084		
														T8	,00	,31	,00	,011		



Tabla 136.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Satisfacción sexual (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	
Tiempo	SC	3,110	,009	6	80,393	GT:T2-T7	-16,436	4,724	79,442	,017	T2	46,22	34,86	57,58	45,24	29,47	61,01	47,20	30,85	63,55	
						GT:T3-T7	-15,785	4,745	81,164	,028	T3	43,05	30,93	55,17	47,44	30,92	63,97	38,65	20,91	56,39	
						GT:T4-T7	-16,718	4,832	79,342	,018	T4	43,70	31,73	55,67	50,87	34,35	67,40	36,53	19,21	53,85	
						GE:T3-T7	-23,911	7,161	82,764	,027	T5	42,77	30,45	55,09	51,45	34,93	67,97	34,08	15,79	52,38	
						GE:T4-T7	-26,358	7,376	79,463	,013	T6	43,33	29,88	56,77	47,90	28,20	67,60	38,75	20,44	57,06	
											T7	49,88	37,64	62,12	53,98	37,21	70,74	45,79	27,94	63,64	
											T8	59,49	47,40	71,58	58,53	41,76	75,30	60,44	43,02	77,87	
TxG		1,282	,275	6	80,393	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>						
Grupos						,560 ,461 1 25,501						T2	-1,96	,86	-24,67	20,76					
												T3	8,79	,47	-15,45	33,03					
												T4	14,34	,23	-9,60	38,28					
												T5	17,37	,16	-7,27	42,01					
												T6	9,15	,50	-17,75	36,04					
												T7	8,19	,50	-16,30	32,68					
												T8	-1,91	,87	-26,09	22,27					

Tabla 137.- Estadísticos descriptivos de las variables Efectos del Tratamiento y Pérdida de Pelo (BR-23) para los pacientes con cáncer de MAMA de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo		Efectos tratamiento									Pérdida de pelo								
		N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	29	6	5,55	85,71	31,23	17,11	19,05	28,57	40,48	22	13	,00	100,00	50,00	40,82	,00	33,33	100,00
	3ª Sesión T	23	12	9,52	57,14	28,88	11,74	23,81	33,33	33,33	22	13	,00	100,00	31,82	39,14	,00	16,67	66,67
	4ª Sesión T	20	15	4,76	57,14	27,82	13,68	18,45	28,57	36,90	13	22	,00	66,66	23,08	21,01	,00	33,33	33,33
	5ª Sesión T	20	15	4,76	57,14	31,03	12,87	21,43	28,57	38,10	17	18	,00	100,00	35,29	36,27	,00	33,33	50,00
	Última Sesión T	17	18	4,76	57,14	33,15	18,03	14,29	33,33	47,62	13	22	,00	100,00	15,38	29,24	,00	,00	33,33
	1º Seguimiento	17	18	,00	52,38	15,78	12,92	9,52	9,52	20,63	2	33	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2º Seguimiento	17	18	,00	23,81	12,46	7,60	4,76	9,52	19,04	2	33	33,33	100,00	66,67	47,14	33,33	66,67	100,00
	3º Seguimiento	11	24	4,76	42,86	16,95	12,23	5,55	14,28	23,80	3	32	,00	100,00	44,44	50,92	,00	33,33	100,00
	4º Seguimiento	8	27	,00	38,10	19,05	12,21	10,71	19,04	29,76	0	35							
	5º Seguimiento	8	27	,00	27,77	10,61	8,86	4,76	9,52	16,66	1	34	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
	6º Seguimiento	5	30	4,76	38,09	13,33	14,04	4,76	9,52	23,81	1	34	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33
7º Seguimiento	2	33	14,28	52,38	33,33	26,94	14,28	33,33	52,38	1	34	33,33	33,33	33,33		33,33	33,33	33,33	
G.E	1ª Sesión T																		
	2ª Sesión T	24	9	9,52	61,90	33,13	14,21	23,80	30,95	41,67	18	15	,00	100,00	44,44	34,30	25,00	33,33	66,67
	3ª Sesión T	20	13	4,76	52,38	30,24	11,90	23,80	28,57	38,10	18	15	,00	100,00	24,07	31,94	,00	,00	41,67
	4ª Sesión T	20	13	14,29	66,67	33,81	16,20	19,05	28,57	50,00	19	14	,00	100,00	26,32	32,54	,00	33,33	33,33
	5ª Sesión T	19	14	14,29	61,90	31,66	15,05	22,22	27,77	42,86	12	21	,00	33,33	13,89	17,16	,00	,00	33,33
	Última Sesión T	15	18	9,52	61,90	35,29	16,59	23,81	33,33	47,62	7	26	,00	66,67	19,05	26,23	,00	,00	33,33
	1º Seguimiento	17	16	,00	38,89	16,85	12,70	4,76	14,29	28,57	1	32	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00
	2º Seguimiento	18	15	,00	28,57	11,86	10,42	,00	11,90	20,24	0	33							
	3º Seguimiento	12	21	,00	33,33	9,52	10,35	,00	7,14	17,85	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00
	4º Seguimiento	8	25	,00	38,09	15,47	12,91	4,76	14,28	26,19	2	31	,00	33,33	16,67	23,57	,00	16,67	33,33
	5º Seguimiento	7	26	,00	42,85	12,92	14,73	,00	14,28	14,28	2	31	,00	33,33	16,67	23,57	,00	16,67	33,33
	6º Seguimiento	2	31	,00	4,76	2,38	3,37	,00	2,38	4,76	0	33							
7º Seguimiento	1	32	,00	,00	,00		,00	,00	,00	0	33								

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos



Interacción significativa para el grupo: Control

T	DM/	P	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>
T1-T7	17,262	,002	6,073	28,451
T2-T7	16,534	,001	6,268	26,799
T2-T7	14,682	,070	,692	28,672
T4-T7	17,262	,016	3,411	31,113
T5-T7	16,997	,064	,987	33,007

Interacción significativa para el grupo: Experimental

T	DM/	P	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>
T1-T7	18,571	,002	6,314	30,828
T2-T7	21,905	,000	10,660	33,150
T3-T7	20,476	,008	5,151	35,801
T4-T7	22,777	,002	7,604	37,951
T5-T6	17,540	,075	,658	64,422
T5-T7	25,714	,003	8,176	43,252

Tabla 139.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Efectos del Tratamiento (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																						
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas											
											GC+GE			GC			GE					
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>		
Tiempo	ARH1	18,48	,00	6	91,79	GT:T1-T6	13,91(*)	3,09	85,67	,00	T2	32,01	27,81	36,21	31,23	25,54	36,91	32,80	26,60	38,99		
						GT:T2-T6	12,73(*)	2,85	73,11	,00	T3	30,83	27,18	34,48	29,86	24,85	34,88	31,79	26,49	37,10		
						GT:T3-T6	13,89(*)	2,96	88,63	,00	T4	32,00	27,49	36,50	29,14	22,79	35,48	34,86	28,46	41,25		
						GT:T4-T6	13,99(*)	2,65	84,49	,00	T5	32,10	27,74	36,46	30,99	24,91	37,07	33,21	26,95	39,46		
						GT:T5-T6	18,08(*)	2,67	57,85	,00	T6	36,19	29,90	42,47	35,59	26,93	44,25	36,78	27,67	45,90		
						GT:T1-T7	19,58(*)	2,60	95,05	,00	T7	18,10	13,25	22,96	17,98	11,15	24,81	18,22	11,33	25,12		
						GT:T2-T7	18,40(*)	2,35	86,46	,00	T8	12,43	9,17	15,70	13,07	8,40	17,73	11,80	7,23	16,37		
						GT:T3-T7	19,56(*)	2,61	86,83	,00												
						GT:T4-T7	19,66(*)	2,43	85,62	,00												
						GT:T5-T7	23,75(*)	3,01	50,09	,00												
TxG		,33	,92	6	91,79	Efectos simples del tiempo en cada Grupo																
Grupos				1	46,69	Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>							
						GC	8,16	,000	6	101,48	T2	-1,57	,71	-9,98	6,83							
						GE	10,69	,000	6	115,20	T3	-1,93	,60	-9,23	5,37							
											T4	-5,72	,21	-14,73	3,29							
											T5	-2,22	,61	-10,94	6,51							
											T6	-1,20	,85	-13,77	11,38							
											T7	-,24	,96	-9,95	9,46							
											T8	1,27	,70	-5,26	7,80							

Tabla 140.- Estadísticos descriptivos de las variables Síntomas de la Mama y Síntomas del Brazo (BR-23) para los pacientes con cáncer de mama de ambos grupos (GC/GE) en cada uno de los momentos de medida

grupo	Síntomas mama									Síntomas brazo								
	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	N.V	N.P.	M <sub>n</sub>	M <sub>x</sub>	M	DT	P <sub>25</sub>	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>
G.C	1ª Sesión T																	
	29	6	,00	91,67	15,23	18,30	4,17	8,33	23,61	29	6	,00	100,00	17,24	22,73	,00	11,11	33,33
	2ª Sesión T																	
	22	13	,00	33,33	12,50	11,43	,00	8,33	25,00	22	13	,00	66,67	16,67	17,40	,00	16,67	22,22
	3ª Sesión T																	
	20	15	,00	58,33	12,92	15,17	,00	8,33	16,67	20	15	,00	44,44	16,11	14,18	,00	16,67	22,22
	4ª Sesión T																	
	19	16	,00	33,33	11,40	13,09	,00	8,33	25,00	19	16	,00	55,56	15,79	14,96	,00	11,11	22,22
	Última Sesión T																	
	17	18	,00	58,33	14,22	17,12	,00	8,33	25,00	17	18	,00	77,78	20,26	22,99	,00	11,11	33,33
	1º Seguimiento																	
	16	19	,00	41,67	13,54	12,12	2,08	12,50	16,67	17	18	,00	44,44	17,65	11,82	11,11	22,22	22,22
	2º Seguimiento																	
	16	19	,00	58,33	15,10	15,58	2,08	8,33	25,00	17	18	,00	44,44	16,34	14,76	,00	22,22	27,78
	3º Seguimiento																	
	11	24	,00	66,67	15,91	20,57	,00	8,33	25,00	11	24	,00	44,44	21,21	13,57	11,11	22,22	33,33
	4º Seguimiento																	
	8	27	,00	55,55	21,53	18,65	2,08	25,00	31,25	8	27	11,11	44,44	25,00	12,94	11,11	27,78	33,33
	5º Seguimiento																	
	8	27	,00	50,00	15,97	16,18	2,08	13,89	22,92	8	27	,00	44,44	19,44	16,53	11,11	11,11	38,89
	6º Seguimiento																	
	5	30	,00	33,33	11,67	16,24	,00	,00	29,17	5	30	11,11	44,44	24,44	14,49	11,11	22,22	38,89
	7º Seguimiento																	
	2	33	8,33	33,33	20,83	17,68	8,33	20,83	33,33	2	33	22,22	44,44	33,33	15,71	22,22	33,33	44,44
G.E	1ª Sesión T																	
	24	9	,00	41,67	13,66	10,90	8,33	9,72	25,00	24	9	,00	66,67	18,98	18,09	11,11	11,11	22,22
	2ª Sesión T																	
	21	12	,00	33,33	11,11	9,62	,00	8,33	16,67	21	12	,00	55,56	16,40	15,56	,00	11,11	27,78
	3ª Sesión T																	
	20	13	,00	41,67	11,67	9,90	8,33	8,33	16,67	20	13	,00	88,89	22,50	22,40	2,78	22,22	22,22
	4ª Sesión T																	
	19	14	,00	25,00	7,89	7,59	,00	8,33	16,66	19	14	,00	44,44	20,47	15,39	,00	22,22	33,33
	Última Sesión T																	
	15	18	,00	41,66	10,00	11,00	,00	8,33	16,67	15	18	,00	66,67	19,26	18,05	11,11	11,11	22,22
	1º Seguimiento																	
	16	17	,00	41,67	17,71	16,07	2,08	12,50	33,33	16	17	,00	66,67	27,08	15,70	13,89	27,78	33,33
	2º Seguimiento																	
	18	15	,00	33,33	13,42	10,36	,00	16,66	18,75	18	15	,00	100,00	28,39	22,94	11,11	33,33	33,33
	3º Seguimiento																	
	12	21	,00	66,66	17,82	22,83	,00	12,50	29,16	12	21	,00	44,44	19,91	16,32	2,78	19,44	33,33
	4º Seguimiento																	
	8	25	,00	41,66	7,29	14,39	,00	,00	8,33	8	25	,00	44,44	25,00	18,54	2,78	33,33	41,66
	5º Seguimiento																	
	6	27	,00	33,33	9,72	13,35	,00	4,17	20,83	7	26	,00	44,44	12,70	17,48	,00	,00	22,22
	6º Seguimiento																	
	2	31	16,66	25,00	20,83	5,90	16,66	20,83	25,00	2	31	33,33	33,33	33,33	,00	33,33	33,33	33,33
	7º Seguimiento																	
	1	32	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1	32	33,33	33,33	33,33	,00	33,33	33,33	33,33

Leyenda: N.V= Número de casos válidos; N.P= Número de casos perdidos

Tabla 141.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Síntomas de la Mama (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																				
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales					Medias Estimadas							
													GT/GC							
F.V	$\varepsilon$	F	p	$gl_1$	$gl_2$	$\eta^2$	1- $\beta$	F	$gl_1$	$gl_2$	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>			
Tiempo	,674	2,033	,098	4,042	75,758	,102	,708	3,961 <sup>c</sup>	1	18	,062	,180	,607	T2	11,74	8,11	15,37			
														T3	12,08	8,25	15,90			
														T4	9,64	6,17	13,10			
														T5	9,64	6,35	12,93			
														T6	10,86	5,55	16,17			
														T7	16,88	11,16	22,59			
														T8	15,53	10,00	21,06			
																		GC		
							ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>								
							T2	11,11	5,72	16,50	12,37	7,50	17,25							
							T3	12,04	6,37	17,71	12,12	6,99	17,25							
							T4	10,18	5,05	15,32	9,09	4,44	13,74							
							T5	10,18	5,31	15,06	9,09	4,68	13,50							
							T6	11,11	3,23	18,99	10,61	3,48	17,73							
							T7	14,81	6,34	23,29	18,94	11,27	26,61							
							T8	16,67	8,46	24,87	14,39	6,97	21,81							
TxG	,674	,280	,892	4,042	75,758	,015	,188													
Grupos		,000	,985	1	18	,000	,100									T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>S</sub>
																T2	-1,26	,77	-8,53	6,00
																T3	-,08	,99	-7,73	7,56
																T4	1,09	,79	-5,83	8,02
																T5	1,09	,78	-5,48	7,67
																T6	,51	,94	-10,12	11,13
																T7	-4,13	,54	-15,55	7,30
																T8	2,27	,73	-8,78	13,33

Tabla 142.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la Variable Síntomas de la Mama (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																				
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas									
											GC+GE				GC			GE		
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>
Tiempo	SC	2,40	,029	6	198,627	GT:T4-T7	-6,288	2,031	195,333	,047	T2	14,28	10,23	18,33	15,23	9,70	20,76	13,33	7,41	19,25
						GE:T4-T6	-10,158	2,856	194,750	,010	T3	12,48	8,22	16,74	13,11	7,18	19,04	11,85	5,74	17,97
						T4	12,83	8,50	17,17	13,45	7,39	19,51	12,21	6,02	18,41					
						T5	11,64	7,25	16,02	13,49	7,36	19,61	9,79	3,51	16,07					
						T6	14,04	9,47	18,60	16,07	9,79	22,36	12,00	5,38	18,62					
						T7	17,93	13,36	22,49	15,90	9,52	22,28	19,95	13,42	26,47					
						T8	16,39	11,88	20,89	17,44	11,06	23,82	15,33	8,98	21,68					
						TxG	,821	,555	6	198,627	Efectos simples del tiempo en cada Grupo									
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>1</sub>	IC <sub>s</sub>					
Grupos						GC ,671 ,674 6 198,804 GE 2,577 ,020 6 198,185					T2	1,90	74,14	-6,20	10,00					
											T3	1,25	87,79	-7,26	9,77					
											T4	1,24	93,36	-7,43	9,91					
											T5	3,70	97,42	-5,08	12,47					
											T6	4,07	112,14	-5,06	13,20					
											T7	-4,04	111,92	-13,17	5,08					
											T8	2,11	106,84	-6,89	11,11					



Tabla 143.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLG para la variable Síntomas del Brazo (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento y dos primeras medidas de seguimiento

5T + 2S																						
MLG _AVAR(estimación de los efectos principales)								MLG _Contrastes ortogonales						Medias Estimadas								
														GT/GC								
F.V	$\epsilon$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	$\eta^2$	1- $\beta$	F	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	p	$\eta^2$	1- $\beta$	T	ME	IC <sub>i</sub>	IC <sub>s</sub>					
Tiempo	,600	1,650	,177	3,602	68,445	,080	,589							T2	17,32	10,13	24,51					
														T3	18,89	12,05	25,72					
														T4	15,35	10,64	20,07					
														T5	17,12	12,16	22,08					
														T6	16,01	10,25	21,77					
														T7	22,98	17,28	28,68					
														T8	24,44	16,03	32,86					
																		GC				GE
				ME				IC <sub>i</sub>				IC <sub>s</sub>										
TxG	,600	,713	,572	3,602	68,445	,036	,319							T2	14,44	4,04	24,85	20,20	10,28	30,12		
														T3	15,56	5,66	25,45	22,22	12,79	31,66		
														T4	10,00	3,18	16,82	20,71	14,20	27,21		
														T5	10,00	2,82	17,18	24,24	17,40	31,09		
														T6	7,78	-,55	16,11	24,24	16,30	32,19		
														T7	16,67	8,42	24,92	29,29	21,42	37,16		
														T8	15,56	3,37	27,74	33,33	21,72	44,95		
																		DM/GC-GE				p
Grupos	5,130	,035	1	19	,213	,705								T2	-5,76	,50	-20,14	8,62				
														T3	-6,67	,41	-20,34	7,01				
														T4	-10,71	,06	-20,13	-1,28				
														T5	-14,24	,02	-24,16	-4,32				
														T6	-16,46	,02	-27,98	-4,95				
														T7	-12,63	,07	-24,03	-1,22				
														T8	-17,78	,08	-34,61	-,94				

Tabla 144.- Resultados del análisis estadístico mediante el MLM para la variable Síntomas del Brazo (BR-23) en las 5 sesiones de tratamiento, y dos primeras medidas de seguimiento

5 T +2S																					
MLM (Efectos principales)						MLM (post-hoc con Bonferroni)					Medias Estimadas										
											GC+GE			GC			GE				
F.V	$\Sigma$	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	Tiempo	DM/F	ET	gl	p	T	ME	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>	ME	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>	
Tiempo	ARMA	1,070	,384	6	129,819						T2	17,92	12,45	23,40	17,24	9,79	24,69	18,60	10,57	26,63	
											T3	19,04	13,29	24,78	18,49	10,51	26,48	19,58	11,32	27,85	
											T4	19,90	14,02	25,78	16,37	8,14	24,60	23,42	15,02	31,82	
											T5	19,39	13,38	25,40	16,68	8,28	25,09	22,09	13,50	30,68	
											T6	20,42	14,10	26,75	21,08	12,36	29,80	19,77	10,62	28,93	
											T7	24,74	18,39	31,10	21,87	13,02	30,71	27,62	18,49	36,74	
											T8	24,56	18,21	30,90	20,22	11,25	29,19	28,89	19,92	37,86	
TxG		,813	,561	6	129,819	Efectos simples del tiempo en cada Grupo															
						Grupos	F	p	gl <sub>1</sub>	gl <sub>2</sub>	T	DM/GC-GE	p	IC <sub>l</sub>	IC <sub>s</sub>						
											T2	-1,36	-1,36	-1,36	9,59						
											T3	-1,09	-1,09	-1,09	10,40						
											T4	-7,06	-7,06	-7,06	4,70						
						GC	,465	,833	6	118,731	T5	-5,41	-5,41	-5,41	6,61						
						GE	1,405	,218	6	120,348	T6	1,30	1,30	1,30	13,95						
											T7	-5,75	-5,75	-5,75	6,96						
											T8	-8,67	-8,67	-8,67	4,01						



**ANEXO IV**  
**DESCRIPTIVOS**  
**ENTREVISTA**



*PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN*

Tabla 1: Náuseas: intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	16	69,6	8	66,7	7	77,8
1 poco	3	13,0	1	8,3	1	11,1
2 moderado	1	4,3	2	16,7		
3 bastante					1	11,1
4 mucho	3	13,0	1	8,3		
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	79,3	16	88,9	13	92,9
1 poco			1	5,6		
2 moderado						
3 bastante	1	3,4	1	5,6	1	7,1
4 mucho	5	17,2				
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Tabla 2: Vómitos: intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>
0 nada	22	91,7	8	66,7	<b>9</b>	<b>100</b>
1 poco	2	8,3	1	8,3		
2 moderado			2	16,7		
3 bastante						
4 mucho			1	8,3		
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	82,8	17	94,4	14	100
1 poco	1	3,4				
2 moderado	2	6,9				
3 bastante	1	3,4	1	5,6		
4 mucho	1	3,4				
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Tabla 3: Nauseas: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	100	12	100	7	77,8	7	87,5
1 raramente								
2 a veces								
3 con frecuencia								
4 siempre					2	22,2	1	12,5
Total	24	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	28	96,6	17	94,4	13	92,9	10	100
1 raramente								
2 a veces	1	3,4						
3 con frecuencia								
4 siempre			1	5,6	1	7,1		
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 4: Nauseas: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	100	12	100	7	77,8	7	87,5
1 poco					1	11,1		
2 moderado					1	11,1		
3 bastante							1	12,5
4 mucho								
Total	24	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	28	96,6	17	94,4	13	92,9	10	100
1 poco								
2 moderado	1	3,4	1	5,6				
3 bastante								
4 mucho					1	7,1		
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 5: Vómitos: frecuencia entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	24	100	12	100	8	88,9	7	87,5
1 raramente								
2 a veces								
3 con frecuencia								
4 siempre					1	11,1	1	12,5
Total	24	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	28	96,6	18	100	13	92,9	10	100
1 raramente								
2 a veces								
3 con frecuencia	1	3,4						1
4 siempre					1	7,1		
Total	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 6: Vómitos: intensidad entre ciclos de quimioterapia

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	100	12	100	8	88,9	7	87,5
1 poco					1	11,1		
2 moderado								
3 bastante							1	12,5
4 mucho								
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100	8	100

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	28	96,6	18	100	13	92,9	10	100
1 poco								
2 moderado	1	3,4						
3 bastante								
4 mucho					1	7,1		
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100	10	100

Tabla 7: Pérdida de apetito: intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	21	87,5	9	75,0	9	100
1 poco	2	8,3	1	8,3		
2 moderado	1	4,2	1	8,3		
3 bastante			1	8,3		
4 mucho						
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	22	75,9	15	83,3	14	100
1 poco	1	3,4				
2 moderado			1	5,6		
3 bastante	2	6,9	2	11,1		
4 mucho	4	13,8				
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100



Tabla 8: Dolor: intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	95,8	12	100	8	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho	1	4,2				
Total	24	100	12	100	8	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	26	89,7	17	94,4	13	92,9
1 poco					1	7,1
2 moderado	2	6,9	1	5,6		
3 bastante						
4 mucho	1	3,4				
Total	29	100	18	100	14	100

Tabla 9: Fatiga: intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	100	12	100	9	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
Total	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	29	100	17	94,4	14	100
1 poco			1	5,6		
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
Total	29	100	18	100	14	100

Tabla 10: Cansancio, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	22	91,7	10	83,3	9	100
1 poco	2	8,3	1	8,3		
2 moderado			1	8,3		
3 bastante						
4 mucho						
Total	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	82,8	17	89,5	12	85,7
1 poco	1	3,4	1	5,3		
2 moderado	1	3,4				
3 bastante						
4 mucho	3	10,3	1	5,3	2	14,3
Total	29	100	19	100	14	100

Tabla 11: Dificultad para dormir, frecuencia en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	22	91,7	11	91,7	9	100
1 raramente	1	4,2				
2 a veces			1	8,3		
3 con frecuencia						
4 siempre	1	4,2				
Total	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	28	100	18	100	14	100
1 raramente						
2 a veces						
3 con frecuencia						
4 siempre						
Total	28	100	18	100	14	100

Tabla 12: Ansiedad, intensidad en la semana previa a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	100	8	66,7	8	88,9
1 poco			4	33,3	1	11,1
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	27	93,1	18	100	14	100
1 poco	1	3,4				
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100

Tabla 13: Ansiedad, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	95,8	12	100	9	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante	1	4,2				
4 mucho						
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	28	96,6	18	100	14	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho	1	3,4				
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100

Tabla 14: Depresión, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	95,8	12	100	9	100
1 poco	1	4,2				
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	29	100	18	100	14	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100

Tabla 15: Irritabilidad, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	100	12	100	9	100
1 poco						
2 moderado						
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	24	100	12	100	9	100

Valor	Grupo Experimental					
	2°		3°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	28	96,6	17	94,4	13	92,9
1 poco						
2 moderado	1	3,4	1	5,6	1	7,1
3 bastante						
4 mucho						
<b>Total</b>	29	100	18	100	14	100

Tabla 16: Cuidados Personales

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad								
1 No mantiene							1	12,5
2 Debilita	4	16,7	1	8,3	1	11,1	1	12,5
3 Mantiene	20	83,3	11	91,7	8	88,9	6	75,0
<b>Total</b>	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad								
1 No mantiene								
2 Debilita	5	17,2			1	7,1		
3 Mantiene	24	82,8	19	100,0	13	92,9	10	100,0
<b>Total</b>	29	100,0	19	100,0	14	100,0	10	100,0

Tabla 17: Familiar

Valor	Grupo Control									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad	1	2,5								
1 No mantiene	1	2,5								
2 Debilita	1	2,5	1	4,2						
3 Mantiene	37	92,5	23	95,8	12	100,0	9	100,0	8	100,0
<b>Total</b>	40	100,0	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental									
	1°		2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 Sin actividad	1	2,0			1	5,3				
1 No mantiene										
2 Debilita	1	2,0			1	5,3				
3 Mantiene	48	96,0	29	100,0	17	89,5	14	100,0	9	100,0
<b>Total</b>	50	100,0	29	100,0	19	100,0	14	100,0	9	100,0

Tabla 18: Pareja

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	1	4,2						
<b>1 No mantiene</b>								
<b>2 Debilita</b>	1	4,2						
<b>3 Mantiene</b>	22	91,7	12	100,0	9	100,0	8	100,0
<b>Total</b>	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	4	13,8	4	21,1	3	21,4	3	30,0
<b>1 No mantiene</b>								
<b>2 Debilita</b>	2	6,9	1	5,3	1	7,1		
<b>3 Mantiene</b>	23	79,3	14	73,7	10	71,4	7	70,0
<b>Total</b>	29	100,0	19	100,0	14	100,0	10	100,0

Tabla 19.- Amistad

Valor	Grupo Control							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>								
<b>1 No mantiene</b>	1	4,2					1	12,5
<b>2 Debilita</b>	3	12,5	1	8,3				
<b>3 Mantiene</b>	20	83,3	11	91,7	9	100,0	7	87,5
<b>Total</b>	24	100,0	12	100,0	9	100,0	8	100,0

Valor	Grupo Experimental							
	2°		3°		Fin		S1	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
<b>0 Sin actividad</b>	1	3,4	3	15,8	2	14,2		
<b>1 No mantiene</b>	3	10,3						
<b>2 Debilita</b>	6	20,7	4	21,1	1	7,3		
<b>3 Mantiene</b>	19	65,5	12	63,2	11	78,5	9	100,0
<b>Total</b>	29	100,0	19	100,0	14	100,0	9	100,0

PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Tabla 20: Pérdida de apetito, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	27	87,1	25	96,2	20	87,0	16	72,7	16	72,7
1 poco	2	6,5							2	9,1
2 moderado	2	6,5			2	8,7	4	18,2	3	13,6
3 bastante					1	4,3			1	4,5
4 mucho			1	3,8			2	9,1		
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	21	80,8	20	87,0	17	73,9	11	55,0	12	66,7
1 poco					1	4,3	1	5,0		
2 moderado	1	3,8	2	8,7	2	8,7	1	5,0		
3 bastante	1	3,8					1	5,0		
4 mucho	3	11,5	1	4,3	3	13,0	6	30,0	6	33,3
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 21: Fatiga, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100
1 poco										
2 moderado										
3 bastante										
4 mucho										
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	26	100	22	95,7	22	95,7	19	95,0	17	94,4
1 poco										
2 moderado					1	4,3	1	5,0		
3 bastante			1	4,3						
4 mucho									1	5,6
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 22: Cansancio, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	77,4	20	76,9	19	82,6	19	86,4	19	86,4
1 poco	3	9,7	3	11,5	2	8,7				
2 moderado	4	12,9			1	4,3				
3 bastante			1	3,8			1	4,5	1	4,5
4 mucho			2	7,7	1	4,3	2	9,1	2	9,1
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	22	84,6	19	82,6	17	73,9	16	80,0	13	72,2
1 poco										
2 moderado	1	3,8	2	8,7	3	13,0			1	5,6
3 bastante					3	13,0				
4 mucho	3	11,5	2	8,7			4	20,0	4	22,2
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 23: Dolor, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	27	93,1	24	92,3	22	95,7	22	100	20	90,9
1 poco	1	3,4	1	3,8					1	4,5
2 moderado	1	3,4	1	3,8	1	4,3				
3 bastante									1	4,5
4 mucho										
Total	29	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	23	88,5	22	95,7	22	95,7	20	100	18	100
1 poco	1	3,8								
2 moderado	1	3,8			1	4,3				
3 bastante	1	3,8								
4 mucho			1	4,3						
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 24: Dificultad para dormir, frecuencia en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	29	93,5	23	88,5	21	91,3	20	90,9	22	100
1 raramente			2	7,7			2	9,1		
2 a veces	2	6,5								
3 con frecuencia					1	4,3				
4 siempre			1	3,8	1	4,3				
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nunca	26	100	23	100	21	91,3	16	80,0	15	83,3
1 raramente					1	4,3	1	5,0		
2 a veces							1	5,0		
3 con frecuencia									2	11,1
4 siempre					1	4,3	2	10,0	1	5,6
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 25: Ansiedad, intensidad en la semana previa a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	26	83,9	22	88,0	19	82,6	18	81,8	16	80,0
1 poco	4	12,9	3	12,0	2	8,7	3	13,6		
2 moderado	1	3,2			1	4,3	1	4,5	1	5,0
3 bastante					1	4,3			2	10,0
4 mucho									1	5,0
Total	31	100	25	100	23	100	22	100	20	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	24	92,3	21	91,3	18	78,3	16	80,0	15	83,3
1 poco	2	7,7			1	4,3				
2 moderado					2	8,7	1	5,0		
3 bastante			1	4,3			2	10,0		
4 mucho			1	4,3	2	8,7	1	5,0	3	16,7
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100



Tabla 26: Ansiedad, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	31	100	26	100	23	100	21	95,5	22	100
1 poco										
2 moderado							1	4,5		
3 bastante										
4 mucho										
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	25	96,2	22	95,7	22	95,7	18	90,0	16	88,9
1 poco			1	4,3					1	5,6
2 moderado							2	10,0	1	5,6
3 bastante										
4 mucho	1	3,8			1	4,3				
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 27: Depresión, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100
1 poco										
2 moderado										
3 bastante										
4 mucho										
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100

Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	26	100	23	100	22	95,7	19	95,0	18	100
1 poco					1	4,3				
2 moderado										
3 bastante										
4 mucho							1	5,0		
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 28: Irritabilidad, intensidad en la semana posterior a la administración de la quimioterapia

Valor	Grupo Control									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	30	96,8	24	92,3	23	100	21	95,5	22	100
1 poco			1	3,8						
2 moderado							1	4,5		
3 bastante	1	3,2								
4 mucho			1	3,8						
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100
Valor	Grupo Experimental									
	2°		3°		4°		5°		Fin	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 nada	25	96,2	21	91,3	19	82,6	18	90,0	17	94,4
1 poco			2	8,7	1	4,3				
2 moderado					1	4,3				
3 bastante										
4 mucho	1	3,8			2	8,7	2	10,0	1	5,6
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100

Tabla 29: Cuidados personales

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad																
1 No mantiene																
2 Debilita	4	12,9	3	11,5	5	21,7	3	13,6	6	27,3	4	21,1	1	5,0		
3 Mantiene	27	87,1	23	88,5	18	78,3	19	86,4	16	72,7	15	78,9	19	95,0	15	100
<b>Total</b>	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	1	3,8														
1 No mantiene																
2 Debilita	1	3,8	1	4,3	1	4,3	3	15,0	2	11,1	1	5,3				
3 Mantiene	24	92,3	22	95,7	22	95,7	17	85,0	16	88,9	18	94,7	17	100	13	100
<b>Total</b>	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	17	100	13	100

Tabla 30: Familiar.

Valor	Grupo Control																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad																		
1 No mantiene																		
2 Debilita											1	4,5						
3 Mantiene	35	100	31	100	26	100	23	100	22	100	21	95,5	19	100	20	100	15	100
<b>Total</b>	35	100	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental																	
	1°		2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad																		
1 No mantiene																		
2 Debilita					1	4,3	1	4,3					1	5,3				
3 Mantiene	33	100	26	100	22	95,7	20	87,0	19	95,0	18	100	18	94,7	17	94,4	11	84,6
<b>Total</b>	33	100	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 31: Pareja

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	2	6,5	2	7,7	2	8,7	2	9,1	2	9,1	2	10,5	2	10,0	2	13,3
1 No mantiene									1	4,5	1	5,3	1	5,0		
2 Debilita																
3 Mantiene	29	93,5	24	92,3	21	91,3	20	90,9	19	86,4	16	84,2	14	85,0	13	86,7
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	100	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	9	34,6	8	34,8	8	34,8	7	35,0	7	38,9	7	36,8	6	33,3	4	30,8
1 No mantiene	1	3,8	1	4,3			1	5,0								
2 Debilita																
3 Mantiene	16	61,5	14	60,9	15	65,2	12	60,0	11	61,1	12	63,2	12	66,7	9	69,2
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100

Tabla 32: Amistad

Valor	Grupo Control															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	1	3,2	1	3,8	1	4,3	1	4,5							2	13,3
1 No mantiene	1	3,2	1	3,8												
2 Debilita	1	3,2														
3 Mantiene	28	90,3	24	92,3	22	95,7	21	95,5	22	100	19	100	20	100	13	86,7
Total	31	100	26	100	23	100	22	100	22	100	19	100	20	100	15	100

Valor	Grupo Experimental															
	2°		3°		4°		5°		Fin		S1		S2		S3	
	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>	n <sub>i</sub>	p <sub>i</sub>
0 S/ actividad	3	11,5	1	4,3	1	4,3	1	5,0	1	5,6						
1 No mantiene	1	3,8											1	5,6		
2 Debilita	3	11,5	2	8,7	3	13,0	2	10,0			3	15,8			1	7,7
3 Mantiene	19	73,1	20	87,0	19	82,6	17	85,0	17	94,4	16	84,2	17	94,4	12	92,3
Total	26	100	23	100	23	100	20	100	18	100	19	100	18	100	13	100