

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Efecto de variables sociodemográficas y clínicas en la  
calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión en  
los pacientes con cáncer de próstata**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Natalia Orúa Tabernero**

DIRECTORES

**Juan Antonio Cruzado Rodríguez**  
**Fernando Javier Martínez Castellanos**

Madrid  
Ed. electrónica 2019



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

**Tesis Doctoral**

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**EFFECTO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y -  
CLÍNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y LOS -  
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS -  
PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA -**

Natalia Oraá Tabernero

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID -  
Facultad de Psicología -  
Madrid, 2017 -**



Parte del contenido de la presente Tesis Doctoral ha sido presentada:

*Artículo publicado.*

Oraá, N., Sánchez, M., Ossola, G., Vélez, E., Cevas, F. J., y del Pino, N. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 10(2-3), 339-352.  
doi:10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.n2-3.43454

*XVII Reunión Nacional de la Sociedad Riojana de Urología.*

“Satisfacción de la información y Calidad de Vida en pacientes con cáncer de próstata atendidos en La Rioja”. Logroño. Octubre 2016.

*Jornadas de Investigación del Doctorado en Psicología.*

“Efectos del grupo de riesgo, el tipo de tratamiento y la información recibida en la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata”. Madrid. Junio 2017.

*Artículo aceptado para publicación.*

Oraá, N., Cruzado, J. A., Ossola, G., Martínez, N., Sánchez, M., y Martínez, F. J. (2017). Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 14(2). *Aceptado para publicación. En prensa*



A mi madre y a mis amores,  
Luismi, Enara y Mikel,  
por apoyarme y acompañarme  
en este camino.



Todas las personas que aparecen en estas páginas forman parte de este trabajo, bien por su ayuda técnica, bien por su apoyo personal.

Como ocurre en otras muchas situaciones, hay objetivos que no serían posibles sin la colaboración de otras personas, y sin vosotros este proyecto no hubiera sido viable.

Gracias **Dr. Juan Antonio Cruzado Rodríguez** por haberme animado a realizar la tesis cuando hace ya unos años terminé el Máster de Psicooncología, y por supuesto por haberte ofrecido a dirigírmela a pesar de la distancia que nos separa. Gracias por tu confianza, por haberme dado esta oportunidad.

Gracias, **Dra. Elena Domínguez Garrido** a la que no tengo palabras para agradecerle su dedicación incondicional en este trabajo. Podría resaltar tu capacidad de trabajar duro y tu motivación, cualidades que me has transmitido y que me han ayudado a seguir adelante y a mejorar mi eficiencia.

Al **Dr. Fernando Javier Martínez Castellanos**, Jefe del Servicio de Urología del Hospital San Pedro, por haberme facilitado desde el primer momento los recursos técnicos y humanos que estaban a su alcance para realizar esta investigación. Espero que esto sólo haya sido el primer proyecto laboral de muchos que nos queden por compartir.

Al **Dr. Gustavo Ossola Lentati**, Jefe del Servicio de Radioterapia Oncológica, quien hace años me dijo que le gustaba ver que soy una persona que apunta alto al marcar mis objetivos. Esas palabras me acompañan desde entonces y me motivan para seguir realizando nuevas iniciativas. Además, agradecerte también tu disposición continua para poder realizar esta investigación, facilitándome todo lo que he necesitado desde tu Servicio y por tu confianza para considerarme una más. Seguro que seguiremos trabajando juntos para mejorar día a día.

Al **Dr. Enrique Ramalle-Gomara** y a la **Dra. Josefa Gil-de Gómez Barragán**. A él por su ayuda en el análisis estadístico; a ella por sus consejos en cuanto a la metodología. A los dos, por haber sido mi apoyo en vuestra especialidad, por vuestra paciencia y cariño transmitido.

A **Sisco**, por su ayuda en la gestión y la parte técnica en la recta final de esta tesis. Gracias por tu empatía, apoyo y disposición.

Al **equipo de Oncología**, en especial a la **Dra. Edelmira Vélez** y a **Isabel Manrique**, por compartir sus conocimientos en la parte médica.

A **Esther**, secretaria de la Universidad Complutense de Madrid, por sus gestiones y apoyo administrativo, a veces complicado dada la distancia.

A **Montserrat Sánchez y Natalia Martínez**, por su ayuda en el reclutamiento de pacientes y la revisión de esta memoria.

Al **Hospital San Pedro de Logroño, al CIBIR y a Fundación Rioja Salud de Calahorra** por su ayuda en las necesidades que han ido apareciendo en estos años.

A la **European Organisation for Research and Treatment of Cancer**, especialmente al **Dr. Juan Ignacio Arraras**, por su rápida respuesta en las dudas de los cuestionarios utilizados de su Organización.

A **todos los hombres** que han compartido su tiempo y su experiencia conmigo en las entrevistas. Por vuestra paciencia y confianza en que las cosas pueden mejorar.

A **mi madre**, por haberme inculcado el sentido de la responsabilidad, y la ilusión desde hace que terminé la carrera de hacer la tesis. Siempre dices que una de tus mayores ilusiones era que la

presentara. Gracias por tu esfuerzo para que tuviera la oportunidad de estudiar lo que está siendo mi pasión, la psicología.

**A mi padre**, por haberme empujado a dar el paso de hacerla y animarme a terminarla. Por compartir conmigo tus conocimientos de estadística.

A mi **tío Peto** y mi **tía Belén** por cuidarme emocionalmente durante todos estos años, y por otros muchos en los que seguiréis estando conmigo apoyándome.

A **Julio**, por sus revisiones en el documento escrito, y por buscar siempre la manera de cubrir las necesidades que me iban surgiendo.

A mi cuñado **Manu y Elena**, de *Parnet.es*, por su apoyo informático, por solucionar muchas de las dificultades tecnológicas y por su ayuda en la calidad de esta tesis.

A mi pequeña **Enara**, quien con su sonrisa y su carácter ha hecho que esto sea mucho más fácil. Y al pequeño **Mikel**, que aunque está por llegar, me ha dado la energía y la ilusión necesarias para terminar.

Y a ti, **Luismi**, gracias por tu paciencia, por tu ilusión en este proyecto, por hacerlo y sentirlo tuyo. Gracias por compartir conmigo la ilusión de este trabajo, por ser mi apoyo en los momentos difíciles y no tirar la toalla. Llevamos muchos proyectos juntos, y este es uno de ellos, en el que hemos compartido dificultades, agobios, cansancio y hasta a veces lágrimas, pero también risas, ilusiones, sorpresas, euforias... Un proyecto que, como otros muchos, nos ha permitido, si cabe, estar más unidos y reforzados que antes de haberlo empezado. Sin ti esta vivencia hubiera sido totalmente diferente.

**Gracias a todos/as** porque todos formáis parte de una de las cosas que más ilusión profesional me hacía conseguir. Gracias porque

con vosotros/as he tenido la oportunidad de aprender más y trabajar en lo que más gusta, la psicología.

## ÍNDICE -

---



<b>Abreviaturas</b> .....	<b>XV -</b>
<b>Tablas</b> .....	<b>XIX -</b>
<b>Figuras</b> .....	<b>XXIII -</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>XXIX -</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>XXXIII -</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1 -</b>
1. Epidemiología.....	3 -
2. Etiología .....	6 -
2.1. Factores de riesgo no modificables .....	6 -
2.1.1. Edad .....	6 -
2.1.2. Raza .....	6 -
2.1.3. Historia familiar .....	7 -
2.2. Factores de riesgo modificables .....	7 -
2.2.1. Obesidad y dieta .....	7 -
2.2.2. Alcohol .....	7 -
2.2.3. Tabaco.....	8 -
3. Características clínicas.....	9 -
3.1. Anatomía de la próstata .....	9 -
3.2. Adenocarcinoma de próstata.....	10 -
3.3. Diagnóstico .....	11 -
3.4. Estadificación. Método TNM.....	13 -
3.5. Gradación histológica. Método Gleason .....	20 -
3.6. Grupos de riesgo.....	20 -
3.7. Tratamientos .....	21 -
3.8. Efectos adversos.....	24 -
4. Calidad de vida.....	27 -
4.1. Evaluación de la calidad de vida en oncología .....	27 -
4.2. Calidad de vida en el cáncer de próstata.....	28 -
5. Ansiedad y depresión .....	30 -
5.1. Trastornos de ansiedad.....	30 -
5.1.1. Trastornos de ansiedad en oncología .....	31 -
5.2. Trastornos depresivos.....	31 -
5.2.1. Trastornos depresivos en oncología.....	32 -
5.3. Prevalencia de los trastornos mentales en oncología.....	32 -

---

6. información en oncología.....	34 -
<b>Objetivos .....</b>	<b>37 -</b>
7.1. Calidad de vida .....	39 -
7.2. Estado emocional.....	40 -
7.3. Calidad de vida y estado emocional .....	40 -
<b>Material y métodos .....</b>	<b>41 -</b>
8.1. Muestra .....	43 -
8.2. Diseño.....	47 -
8.3. Variables e instrumentos .....	47 -
8.3.1. Material .....	47 -
8.3.2. Variables e Instrumentos.....	48 -
8.3.2.1. Índice Karnofsky (KPS).....	48 -
8.3.2.2. Mini-examen Cognoscitivo (MEC).....	49 -
8.3.2.3. Entrevista semiestructurada.....	50 -
8.3.2.4. EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) .....	53 -
8.3.2.5. EORTC QLQ-PR25.....	54 -
8.3.2.6. EORTC QLQ-INFO25 .....	56 -
8.3.2.7. Inventario de ansiedad de Beck (BAI).....	57 -
8.3.2.8. Inventario de depresión Beck-II (BDI-II) .....	58 -
9. Procedimiento .....	60 -
10. Análisis estadístico .....	62 -
<b>Resultados .....</b>	<b>65 -</b>
11. Análisis de la calidad de vida general y específica .....	67 -
11.1. Análisis descriptivo cuestionarios .....	67 -
11.1.1. EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25.....	67 -
11.1.2. EORTC QLQ-INFO25 .....	70 -
11.2. Variables asociadas a la calidad de vida general y específica.....	72 -
11.2.1. Variables sociodemográficas.....	72 -
11.2.1.1. Edad, nivel académico, situación laboral y pareja .....	72 -
11.2.2. Variables clínicas .....	74 -
11.2.2.1. Grupo de riesgo, tipo de tratamiento general y específico y fase de supervivencia.....	74 -
11.2.3. Variable información recibida .....	97 -
12. Análisis de la ansiedad y depresión.....	100 -
12.1. Análisis descriptivo de los cuestionarios.....	100 -

---

12.2. Variables asociadas a los síntomas de ansiedad y/o depresión .....	101 -
12.2.1. Variables sociodemográficas.....	101 -
12.2.1.1. Edad, nivel académico, situación laboral y pareja .....	101 -
12.2.2. Variables clínicas .....	103 -
12.2.2.1. Grupo de riesgo, tipo de tratamiento general y específico y fase de supervivencia.....	103 -
12.2.3. Variable información recibida .....	108 -
13. Asociación de la calidad de vida, ansiedad y depresión .....	109 -
<b>Discusión .....</b>	<b>113 -</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>127 -</b>
<b>Recomendaciones clínicas .....</b>	<b>133 -</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>137 -</b>
<b>Anexo I: Consentimiento informado .....</b>	<b>163 -</b>
<b>Anexo II: Índice Karnofsky (KPS) .....</b>	<b>173 -</b>
<b>Anexo III: Mini-examen cognoscitivo (MEC) .....</b>	<b>177 -</b>
<b>Anexo IV: Entrevista semiestructurada.....</b>	<b>181 -</b>
<b>Anexo V: EORTC QLQ-C30 .....</b>	<b>185 -</b>
<b>Anexo VI: EORTC QLQ-PR25 .....</b>	<b>189 -</b>
<b>Anexo VII: EORTC QLQ-INFO25 .....</b>	<b>193 -</b>
<b>Anexo VIII: Inventario de ansiedad de BECK (BAI) .....</b>	<b>197 -</b>
<b>Anexo IX: Inventario de depresión de BECK-II (BDI-II) .....</b>	<b>201 -</b>



## **ABREVIATURAS -**

---



---

<b>ADT</b>	Terapia de Privación Androgénica
<b>AJCC</b>	American Joint Committee on Cancer
<b>BAI</b>	Inventario de Ansiedad de Beck
<b>BDI-II</b>	Inventario de Depresión de Beck –II
<b>C</b>	Clínico
<b>CEICLAR</b>	Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja
<b>CD</b>	Compact Disc
<b>D</b>	D de Cohen
<b>DT</b>	Dunn-Bonferroni
<b>DT</b>	Desviación típica
<b>EORTC</b>	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
<b>EORTC QLQ-C30</b>	Cuestionario de calidad de vida general de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer
<b>EORTC QLQ-INFO25</b>	Cuestionario de calidad de la información recibida de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer
<b>EORTC QLQ-PR25</b>	Cuestionario de calidad de vida en el cáncer de próstata de la European Organisation for Research and Treatment of Cancer
<b>FACIT</b>	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
<b>FACT-G</b>	Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer-General
<b>IMRT</b>	Radioterapia de intensidad modulada
<b>KPS</b>	Índice de Karnofsky
<b>K-W</b>	Kruskall-Wallis
<b>LHRH</b>	Hormona liberadora de la hormona luteinizante
<b>M</b>	Metástasis a distancia
<b>MEC</b>	Mini-examen cognoscitivo

<b>MMSE</b>	Mini mental state examination
<b>MI</b>	Mililitro
<b>N</b>	Ganglios linfáticos regionales
<b>NCCN</b>	National Comprehensive Cancer Network
<b>NS</b>	No significativo
<b>ng/ml</b>	Nanogramos / mililitro
<b>P</b>	Anatomopatológico
<b>PCA3</b>	Gen DD3PCA3
<b>PR</b>	Prostatectomía
<b>PSA</b>	Antígeno prostático específico
<b>PSAD</b>	PSA densidad
<b>RO-FRS</b>	Servicio de radioterapia oncológica de la Fundación Rioja Salud de Logroño
<b>T</b>	Tumor primario
<b>TC</b>	Tratamientos combinados
<b>TH</b>	Tratamientos hormonales
<b>TNM</b>	Tumor-Ganglios linfáticos-Metástasis
<b>TR</b>	Tacto rectal
<b>TRP</b>	Terapias radioterápicas
<b>U-HSP</b>	Servicio de urología del Hospital San Pedro de Logroño
<b>UICC</b>	Union for International Cancer Control
<b>3D</b>	Tridimensional

**TABLAS -**

---



<b>Tabla 1:</b> Clasificación TNM (Tumor-Ganglios-Metástasis) del cáncer de próstata .....	14 -
<b>Tabla 2:</b> Clasificación TNM del cáncer de próstata: estadio anatomopatológico / grupos pronósticos.....	18 -
<b>Tabla 3:</b> Clasificación de los grupos de riesgo .....	21 -
<b>Tabla 4:</b> Tipos de tratamientos en el cáncer de próstata .....	24 -
<b>Tabla 5:</b> Efectos adversos más comunes en función del tratamiento recibido ...	26 -
<b>Tabla 6:</b> Criterios de selección (inclusión/exclusión) del estudio. ....	43 -
<b>Tabla 7:</b> Descripción variables sociodemográficas de la muestra.....	44 -
<b>Tabla 8:</b> Descripción variables clínicas de la muestra. ....	46 -
<b>Tabla 9:</b> Datos descriptivos del EORTC QLQ-C30. ....	68 -
<b>Tabla 10:</b> Datos descriptivos del EORTC QLQ-PR25.....	69 -
<b>Tabla 11:</b> Datos descriptivos del EORTC QLQ-INFO25. ....	71 -
<b>Tabla 12:</b> Matriz de correlaciones entre la variable sociodemográfica “edad” y las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y - EORTC QLQ-PR25. ....	72 -
<b>Tabla 13:</b> Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del grupo de riesgo, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen.....	75 -
<b>Tabla 14:</b> Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del tipo de tratamiento general, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen .....	84 -
<b>Tabla 15:</b> Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del tipo de tratamiento específico, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen ...	90 -
<b>Tabla 16:</b> Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del cuestionario de información (EORTC QLQ-INFO25) y las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) .....	98 -
<b>Tabla 17:</b> Datos de los cuestionarios de ansiedad (BAI) y depresión (BDI-II)...	100 -

<b>Tabla 18:</b> Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la variable sociodemográfica “edad” .....	101 -
<b>Tabla 19:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable sociodemográfica “nivel de estudios”, resultado de la prueba Kruskal-Wallis y d de Cohen .....	102 -
<b>Tabla 20:</b> Ansiedad y depresión en función de las variables sociodemográfica “situación laboral”, resultado de la prueba Kruskal-Wallis y d de Cohen .....	102 -
<b>Tabla 21:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable sociodemográfica “tener pareja”, resultado de la t de Student.....	102 -
<b>Tabla 22:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “grupo de riesgo”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis .....	103 -
<b>Tabla 23:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “fase de supervivencia”; resultado de la ANOVA de un factor .....	104 -
<b>Tabla 24:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “tratamiento general”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis .....	104 -
<b>Tabla 25:</b> Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “tratamiento específico”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis .....	106 -
<b>Tabla 26:</b> Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del cuestionario de información (EORTC QLQ INFO25) y las de los cuestionarios de ansiedad y depresión (BAI y BDI-II).....	108 -
<b>Tabla 27:</b> Matriz de correlaciones entre las puntuaciones de cuestionarios de ansiedad y depresión (BAI y BDI-II) y las puntuaciones de calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y PR25).....	110 -

**FIGURAS -**

---



<b>Figura 1:</b> Tasas mundiales de incidencia y mortalidad del cáncer de próstata ....	4 -
<b>Figura 2:</b> Anatomía de la próstata.....	9 -
<b>Figura 3:</b> Presencia de células cancerígenas en la glándula prostática .....	11 -
<b>Figura 4:</b> Desarrollo del tumor en función del estadio en que se encuentra la enfermedad .....	19 -
<b>Figura 5:</b> Circuito establecido en la investigación.....	61 -
<b>Figura 6:</b> Puntuación Total - Puntuaciones medias en la escala puntuación total - (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo .....	78 -
<b>Figura 7:</b> Escala Global de Salud - Puntuaciones medias en la escala global de salud (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.....	78 -
<b>Figura 8:</b> Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.....	79 -
<b>Figura 9:</b> Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento rol (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo .....	79 -
<b>Figura 10:</b> Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo .....	80 -
<b>Figura 11:</b> Síntoma Fatiga - Puntuaciones medias en la escala síntoma fatiga - (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo .....	80 -
<b>Figura 12:</b> Síntoma Dolor - Puntuaciones medias en la escala síntoma dolor (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo .....	81 -
<b>Figura 13:</b> Síntoma Actividad Sexual - Puntuaciones medias en la escala síntoma actividad sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del grupo de riesgo.....	81
<b>Figura 14:</b> Síntoma Funcionamiento Sexual - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del grupo de riesgo....	82 -
<b>Figura 15:</b> Puntuación Total – Puntuaciones medias en la escala puntuación total (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general.....	87 -
<b>Figura 16:</b> Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general ..	87 -

<b>Figura 17:</b> Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento de rol (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general .	88
<b>Figura 18:</b> Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general .	88
<b>Figura 19:</b> Síntomas Hormonales - Puntuaciones medias en la escala síntomas hormonales (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento general.....	89
<b>Figura 20:</b> Síntoma Actividad Sexual - Puntuaciones medias en la escala síntoma actividad sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento general.....	89
<b>Figura 21:</b> Puntuación Total – Puntuaciones medias en la escala puntuación total (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento específico .....	93
<b>Figura 22:</b> Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento específico.....	93
<b>Figura 23:</b> Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento de rol (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento específico .....	94 -
<b>Figura 24:</b> Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento específico .....	94 -
<b>Figura 25:</b> Síntomas Urinarios - Puntuaciones medias en la escala síntomas urinarios (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento específico .....	95
<b>Figura 26:</b> Síntomas Hormonales - Puntuaciones medias en la escala síntomas hormonales (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento específico .....	95
<b>Figura 27:</b> Síntoma Actividad sexual - Puntuaciones medias en la escala actividad sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento específico....	96
<b>Figura 28:</b> BAI – Puntuaciones medias del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en función del tratamiento general.....	105
<b>Figura 29:</b> BDI-II – Puntuaciones medias del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), en función del tratamiento general.....	105

**Figura 30:** BAI – Puntuaciones medias del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en función del tratamiento específico..... 107 -



**RESUMEN -**

---



## **EFEECTO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA Y LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

**Objetivo:** Comprobar las diferencias en la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer de próstata según diferentes variables sociodemográficas y clínicas.

**Método:** Entre 2015-2016, 176 hombres con cáncer de próstata seleccionados aleatoriamente, que habían recibido tratamientos locales, hormonales o combinados, fueron evaluados mediante entrevista y los cuestionarios EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-PR25, EORTC QLQ-INFO25, BAI y BDI-II.

**Resultados:** La calidad de vida estaba más deteriorada en la escala física, de rol, social y sexual en el grupo de riesgo avanzado y/o en los tratamientos sistémicos u hormonales. La prostatectomía era la que producía más problemas urinarios y los tratamientos combinados mayor sintomatología hormonal. Los hombres más informados presentaban menos problemas urinarios, mejor puntuación global de salud y mejor funcionamiento de rol y social. Los hombres con tratamientos sistémicos y los que habían recibido peor información padecían mayores niveles de ansiedad y depresión.

**Conclusiones:** En general, la calidad de vida y el estado emocional fueron satisfactorios. Los hombres en grupo de riesgo avanzado o con tratamientos hormonal presentaron mayor déficit de calidad de vida y aquellos que recibieron tratamientos sistémicos una mayor sintomatología de ansiedad o depresión. A pesar de que los hombres mejor informados tienen mejor calidad de vida y menos problemas de ansiedad y depresión, hay poca o ninguna información en las diferentes áreas.

**Recomendaciones clínicas:** Es necesario evaluar e implantar tratamientos específicos dirigidos a los hombres más vulnerables. En esta población todos los hombres podrían beneficiarse de programas sobre educación y terapia sexual, además de otros dirigidos a mejorar el funcionamiento urinario y sexual. Por último, convendría implantar un sistema de entrenamiento sobre habilidades en la información al personal sanitario y la elaboración de información escrita sobre aspectos comunes en el proceso del cáncer de próstata.

**ABSTRACT -**

---



## **EFFECT OF SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL VARIABLES IN QUALITY OF LIFE AND SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER**

**Objective:** To determine the differences in the quality of life, and the symptoms of anxiety and depression in patients with prostate cancer according to different sociodemographic and clinical variables.

**Method:** Between 2015-2016, 176 men with prostate cancer, selected at random, who had received local treatments, hormonal or combined, were evaluated through interview and the questionnaires EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-PR25, EORTC QLQ-INFO25, BAI and BDI-II.

**Results:** The quality of life was more damaged in the physical, role, social and sexual scale in the advanced risk group and/or in the systemic or hormonal treatments. The prostatectomy was producing more urinary problems, and the combined treatments more hormonal symptoms. The most informed men had less urinary problems, better overall health results, and better role and social functioning. Men with systemic treatments, and those who had received worse information had higher levels of anxiety and depression.

**Conclusions:** In general, the quality of life and the emotional state were satisfactory. Men in advanced risk group or with hormonal treatments presented higher deficit of quality of life, and those who received systemic treatments increased symptoms of anxiety or depression. Despite the fact that men who were better informed have a better quality of life and less anxiety and depression problems, there is little or no information on the different areas.

**Clinical recommendations:** It is necessary to evaluate and implement specific treatments aimed at the most vulnerable men. In this population all men could benefit from programs on education and sexual therapy, in addition to other aimed at improving sexual and urinary function. Finally, it would be advisable to introduce a system to train the sanitary personnel on information skills, and the development of written information on common aspects in the process of prostate cancer.

## **INTRODUCCIÓN -**

---



# 1. EPIDEMIOLOGÍA

El incremento de la población y su envejecimiento influyen en que el cáncer de próstata sea uno de los tumores de mayor incidencia, constituyendo uno de los principales problemas sanitarios en la población masculina (Sociedad Española de Oncología Médica, 2016).

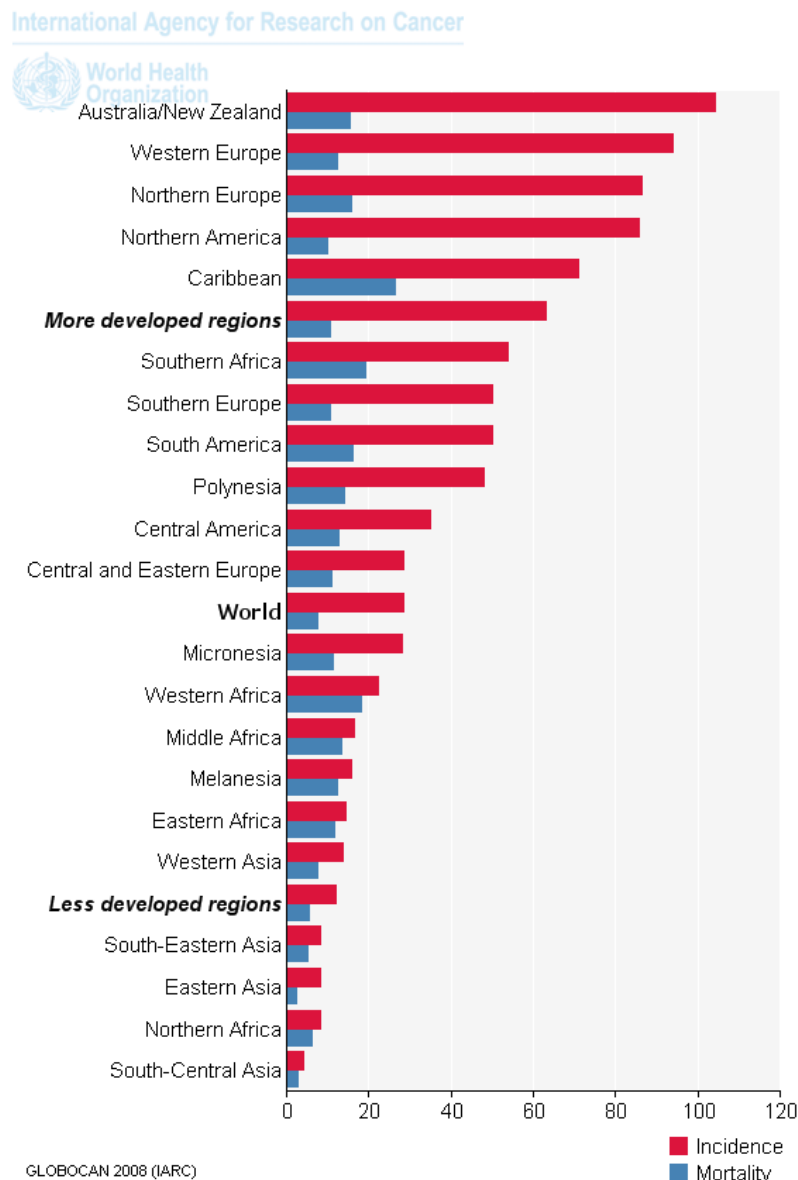
A nivel mundial, es el segundo cáncer más frecuente, después del cáncer de pulmón y representa la quinta causa de muerte por cáncer en la población masculina con un 6,6% del total de fallecimientos (Cayuela et al., 2015) (figura 1). En Europa es, desde hace unos años, el cáncer más frecuente en los hombres, con 436.500 casos nuevos diagnosticados al año (Attard et al., 2016; Martínez-Amores, Durán, Sánchez, & Molina, 2013).

En nuestro país en el año 2012, según la última publicación del Globocan, fue la neoplasia maligna masculina no cutánea más comúnmente diagnosticada, con una incidencia, entre los diagnósticos oncológicos, de 27.853 casos (21,7%), una prevalencia de 102.559 (31,45%) y tan sólo una mortalidad del 8,6% (Bray, Ren, Masuyer & Ferlay, 2013; Ferlay et al., 2015; Instituto Nacional de Estadística, 2015). Según los datos aportados por el proyecto EUROCORE 5, en el periodo 2000-2007, la supervivencia relativa a los 5 años fue del 84,6 %, la más elevada entre los tumores más frecuentes (De Angelis et al., 2014).

En la evolución temporal de este cáncer, especialmente en los países occidentales, se puede observar un aumento drástico en cuanto a la incidencia desde principios de los años 90 coincidiendo con la introducción y generalización del uso del test del antígeno prostático específico (PSA), prueba que detecta la enfermedad en fases muy tempranas, y que influyó no sólo en el aumento de la incidencia y la prevalencia sino también en una disminución de la mortalidad por este

cáncer, tasas que continúan descendiendo desde 1998 a razón de 3,6% cada año (Bailey & Brewster, 2011; Larrañaga et al., 2010). En este sentido, se estima que en España la tasa de incidencia ajustada a la población estándar europea pasó de 54,1 por 100.000 en el periodo 1993-1997 a 96,4 en el periodo 2003-2007 (Forman et al., 2014).

**Figura 1: Tasas mundiales de incidencia y mortalidad del cáncer de próstata (Ferlay et al., 2015).**



El hecho de que el cáncer de próstata sea un cáncer de crecimiento muy lento (tiempo de doblaje de 33 a 126 días) y poco

sintomático, pero con una frecuencia muy importante (Berges et al., 1995) ha conducido en la actualidad a la realización de dos políticas sanitarias en lo referente al diagnóstico: el *screening* poblacional a varones por encima de los 50 años frente al diagnóstico precoz en población sintomática, cada uno con sus defensores y detractores.

## **2. ETIOLOGÍA**

Los factores que influyen en la incidencia del cáncer de próstata siguen siendo en gran medida desconocidos. Actualmente se conocen 3 factores de riesgo: la edad, la raza y la historia familiar que se caracterizan por ser factores no modificables.

Durante años se ha estudiado también la relación con otros factores de riesgo modificables relacionados con los hábitos de vida, pero hoy en día no se pueden generalizar los resultados y no se incluyen como recomendaciones específicas para prevenir la incidencia de este tipo de cáncer.

### ***2.1. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES***

#### **2.1.1. EDAD**

La edad es el principal factor predeterminante para desarrollar un cáncer de próstata. En este sentido, en varones con edades inferiores a los 40 años el diagnóstico se produce en 1 de cada 10.000 (Attard et al., 2016). Por otro lado, más del 70% de los casos se producen a partir de los 65 años y su incidencia máxima aparece a partir de los 75 años (Castells et al., 2007; Martínez-Amores et al., 2013).

#### **2.1.2. RAZA**

Los varones negros afroamericanos poseen una de las mayores incidencias de cáncer de próstata del mundo, son diagnosticados a edades más tempranas, tienen mayores niveles de PSA, mayor grado de Gleason y de estadio y, en el momento del diagnóstico la enfermedad está más avanzada (Kelly et al., 2017b). La incidencia menor se produce en países orientales, principalmente en China (Zhou, Li & Chung, 2013).

### **2.1.3. HISTORIA FAMILIAR**

En un 5-10% de los casos se constata la existencia de un componente hereditario (Jansson et al., 2012). Se considera hereditario cuando al menos tres parientes de primer grado (padre o hermano) han padecido cáncer de próstata, dos familiares de primer o segundo grado han sido diagnosticados de esta enfermedad antes de los 55 años o la enfermedad se ha manifestado en tres generaciones consecutivas (Carter et al., 1993).

## ***2.2. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES***

### **2.2.1. OBESIDAD Y DIETA**

Aunque no todas las investigaciones coinciden en estas conclusiones, en los últimos años varios estudios relacionan el sedentarismo y la obesidad con una mayor agresividad tumoral (Cao & Ma, 2011; Davies et al., 2015; Discacciati et al., 2011; Kelly et al., 2017a; Morote et al., 2014). Por otro lado, parece que el consumo elevado de grasas animales, alimentos industrializados, carne muy hecha o el consumo elevado de leche pueden aumentar el riesgo de padecer esta enfermedad (Mandair, Rossi, Pericleous, Whyand & Caplin, 2014).

### **2.2.2. ALCOHOL**

En cuanto al consumo de alcohol, aunque las investigaciones incidían en que no existía una relación entre consumir alcohol y padecer la enfermedad (Bagnardi, Blangiardo, Vecchia & Corrao, 2001), recientemente se está comprobando que existe una relación entre consumir diariamente esta sustancia y el aumento de su incidencia (Gong et al., 2009; Zuccolo et al., 2013).

### **2.2.3. TABACO**

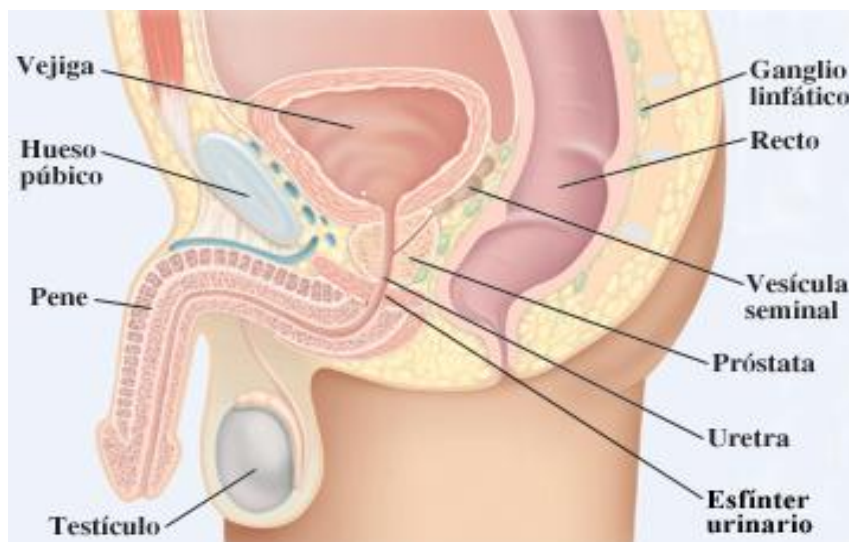
En relación al consumo de tabaco parece que éste está relacionado más que con la incidencia con la probabilidad de recidiva y con el aumento de la mortalidad (Islami, Moreira, Boffetta & Freedland, 2014; Moreira et al., 2014).

## 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### 3.1. ANATOMÍA DE LA PRÓSTATA

La próstata es un órgano glandular del aparato reproductor masculino que se encuentra en la mayoría de los mamíferos y cuya finalidad es producir y liberar sustancias químicas utilizadas por el organismo. Tiene forma de castaña, se encuentra ubicada en la pelvis, detrás del pubis, delante del recto e inmediatamente por debajo de la vejiga (figura 2).

Figura 2: Anatomía de la próstata.



Este órgano glandular envuelve y rodea la primera porción de la uretra, atravesándola en toda su longitud (uretra prostática). Sus límites están definidos por una fina envoltura denominada cápsula prostática y continúa creciendo hasta que se alcanza la edad adulta, manteniendo su tamaño mientras se producen hormonas masculinas (el tamaño normal se considera que son unos 4 cm. de largo por 3 cm. de ancho). En caso de que las hormonas masculinas desaparezcan, la glándula prostática no puede seguir su desarrollo y reduce su tamaño, llegando a veces hasta casi desaparecer.

La próstata tiene una doble función: colaborar en la producción del líquido seminal, que protege y nutre los espermatozoides contenidos en el semen, y dotar al varón de un segundo esfínter urinario (control de orina) cuyas fibras musculares se encuentran dentro de la glándula.

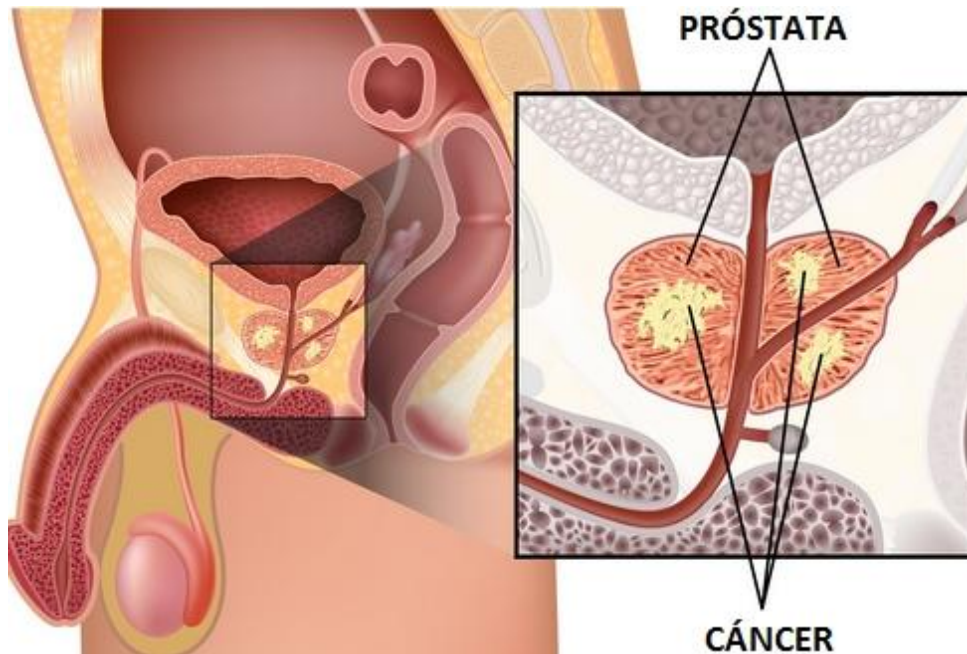
### **3.2. ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA**

El cáncer de próstata es un tumor maligno no cutáneo que se produce por la multiplicación incontrolada de las células situadas en cualquier zona de la próstata. Suele ser multifocal, originándose entre el 80-85% de los casos en la zona periférica (accesible al tacto rectal), en el 10-15% en la zona transicional y en el 5-10% en la próstata central (Edge et al., 2010). El adenocarcinoma de próstata representa el 95% de todos los tumores prostáticos, el 5% restante pueden ser carcinosarcoma, carcinoma mucinoso, carcinoma de células escamosas y carcinoma de células transicionales (Lastra et al., 2008).

Puede producirse una extensión local afectando a órganos vecinos como vejiga o recto, o una diseminación a distancia. El lugar más frecuente donde el cáncer de próstata metastatiza es el hueso, si bien la diseminación linfática tanto regional como a distancia no es infrecuente. En el caso de la afectación visceral, se diagnostica en menos del 5% de los pacientes en el momento del diagnóstico (Cabardillo, 1998).

En la figura 3 se puede observar las células cancerígenas en la próstata.

**Figura 3: Presencia de células cancerígenas en la glándula prostática.**



### **3.3. DIAGNÓSTICO**

El cáncer de próstata se caracteriza por ser muy poco sintomático debido a que se asienta en la zona periférica, salvo que el volumen sea lo suficientemente grande o se presente diseminación a distancia con la sintomatología correspondiente (dolor óseo, anemia por afectación ósea, edemas en extremidades inferiores por afectación linfática...). Estas circunstancias dan lugar a que se distingan tres formas clínicas de diagnóstico (Sanz, Gil, Allepuz & Rioja, 1991):

- ❖ **Cáncer latente:** hallazgo casual en autopsias sin sospecha clínica previa.
- ❖ **Cáncer oculto:** hallazgo en la búsqueda del tumor primario ante la aparición de metástasis, sin expresión clínica prostática previa.

- ❖ Cáncer clínico: hallazgo ante un paciente con clínica de prostatismo.

Las herramientas básicas para el diagnóstico del cáncer de próstata se explican a continuación:

- ❖ Tacto Rectal (TR): prueba en la que el médico introduce un dedo enguantado y lubricado en el recto del hombre, con el objetivo de examinar el recto. El médico realizará un barrido con el dedo índice sobre la superficie prostática percibiendo la existencia de nódulos, cambios de consistencia o dolor en la misma (Walsh, Vaughan & Wein, 2004).
- ❖ Antígeno Prostático Específico (PSA): El PSA es una proteína que se produce casi exclusivamente en las células epiteliales de la próstata. A efectos prácticos, tiene especificidad de órgano, pero no de cáncer. Por tanto, las concentraciones séricas pueden aumentar en presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP), prostatitis y otras enfermedades no malignas. El valor de PSA como variable independiente es mejor factor predictivo de cáncer que los hallazgos sospechosos en el TR o la ecografía transrectal (Catalona et al., 1994).

La mayor parte de los tumores malignos de próstata se localizan en la zona periférica de la próstata y pueden detectarse mediante TR cuando el volumen de la próstata es de unos 0,2 ml o mayor. Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata. En aproximadamente el 18% de todos los pacientes se detecta un cáncer de próstata a partir de TR sospechoso aislado, con independencia de la concentración de PSA. Un TR sospechoso en pacientes con un valor de PSA de hasta 2 ng/ml tiene un valor predictivo positivo del 5-30% (Heidenreich et al., 2011).

En caso de que los resultados de las pruebas anteriores sean anómalos, el médico decidirá continuar con las pruebas necesarias para confirmar el diagnóstico (análisis del PCA3, ecografía transrectal, biopsia o una biopsia con fusión de imágenes por resonancia magnética).

Si estuviera indicado realizar estudio de extensión, se realizarán pruebas de imágenes como la gammagrafía ósea, la tomografía computarizada o la resonancia magnética y radiografía de tórax que determinan si existe metástasis. Estas pruebas junto con el TR y la determinación del PSA son las que evalúan la extensión principal del cáncer de próstata (Heidenreich et al., 2014).

### **3.4. ESTADIFICACIÓN. MÉTODO TNM**

El estadio aporta información sobre la ubicación del cáncer, en caso de que se haya diseminado, hacia dónde y si está afectando a otras partes del cuerpo. Conocer el estadio ayuda al clínico a decidir cuál es el mejor tratamiento, puede contribuir a predecir el pronóstico y la probabilidad de recuperación.

El estadio viene determinado por la estadificación clínica y la estadificación patológica:

- ❖ La estadificación clínica se obtiene antes de decidir el tratamiento definitivo, se basa en los resultados de las pruebas que se realizan en el TR y biopsias. En función del nivel de PSA, el tamaño (que incluye el grado y volumen del cáncer) y el estadio del tumor se pueden llevar a cabo otras pruebas complementarias como radiografías, exploraciones por Tomografía Computarizada y/o Imágenes por Resonancia Magnética y gammagrafías óseas, para valorar la extensión a distancia de la enfermedad.

- ❖ La estadificación anatomopatológica se obtiene tras el análisis microscópico del tejido prostático extirpado.

Hoy en día, el sistema de clasificación de los tumores sólidos TNM (Tumor-Ganglios Linfáticos-Metástasis) es el más difundido y recomendado por los expertos a la hora de valorar la extensión tumoral (Gospodarowicz et al., 2004). Desde 1987, la Union for International Cancer Control (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) promueven esta clasificación que se basa en el tamaño y la ubicación del tumor (T), la diseminación a ganglios linfáticos (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M) (tabla 1). Es un sistema en permanente revisión de acuerdo a la información obtenida en bases de datos acerca de miles de pacientes tratados en hospitales americanos. Esta clasificación es igual tanto para la estadificación clínica como para la patológica “p” (Edge et al., 2010).

**Tabla 1: Clasificación TNM (Tumor-Ganglios-Metástasis) del cáncer de próstata (adaptado de AJCC 7ª edición, 2010).**

Tumor primario (T)	
Clínico	
cTX	El tumor primario no puede evaluarse
cT0	Sin evidencias de tumor primario
cT1	Tumor no evidenciado clínicamente mediante tacto rectal o diagnóstico por imágenes
cT1a	Hallazgo histológico incidental de tejido tumoral en ≤5% del total de la muestra resecada
cT1b	Hallazgo histológico incidental de tejido tumoral en >5% del total de la muestra resecada
cT1c	Tumor identificado mediante punción biopsia con aguja (por ejemplo, debido a un PSA elevado)

T2	Tumor confinado a glándula prostática *
T2a	Tumor confinado a ≤50% de un lóbulo prostático
T2b	Tumor confinado a >50% de un solo lóbulo prostático
T2c	Tumor que compromete ambos lóbulos prostáticos
T3	Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática ** (implica extensión extracapsular, no solo contacto capsular)
T3a	Extensión extracapsular (uni o bilateral)
T3b	Tumor que invade vesícula(s) seminal(es)
T4	Tumor fijo que invade estructuras adyacentes: pared pelviana, recto, esfínteres externos, vejiga o músculos elevadores (excepto vesículas seminales)
<b>Anatomopatológico ^</b>	
pT2	Tumor confinado a la glándula prostática
pT2a	Tumor confinado a ≥50% de un lóbulo prostático
pT2b	Tumor confinado a >50% de un lóbulo prostático
pT2c	Compromiso de ambos lóbulos prostáticos
pT3	Tumor con extensión extraprostática
pT3a	Tumor con extensión extraprostática o invasión microscópica del cuello vesical ^^
pT3b	Tumor con invasión de vesículas seminales
pT4	Tumor con invasión del recto, músculos elevadores del ano y/o pared pelviana

PSA: antígeno prostático específico.

\* El tumor que se encuentra en uno o ambos lóbulos mediante biopsia con aguja, pero no se palpa o detecta mediante imagenología, se clasifica como T1c. -

\*\* La invasión hacia el ápice prostático o hacia la cápsula prostática (pero no más allá) no se clasifica como T3, sino como T2. -

^ No hay clasificación anatomopatológica T1. -

^^ Los márgenes quirúrgicos positivos se deben indicar mediante un descriptor R1 (enfermedad residual microscópica). -

---



---

**Ganglios linfáticos regionales (N)**


---

**Clínico**

NX	Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
N0	Sin ganglios linfáticos regionales comprometidos
N1	Presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales

**Anatomopatológico**

pNX	Ganglios linfáticos regionales no incluidos en la muestra
pN0	Sin ganglios linfáticos regionales positivos
pN1	Presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales

---



---

**Metástasis a distancia (M) \***


---

M0	Ausencia de metástasis a distancia
M1	Presencia de metástasis a distancia
M1a	Presencia de metástasis en ganglio(s) linfático(s) no regionales
M1b	Presencia de metástasis en tejido óseo
M1c	Existencia de metástasis a distancia en otro(s) sitio(s) (con o sin compromiso óseo)

\* Cuando hay presencia de metástasis en más de un sitio, se usa la categoría más avanzada: la pM1c.

Posteriormente, el clínico asigna el estadio del cáncer en función de los datos T, N y M y de los valores del PSA y puntaje de Gleason (tabla 2). En la figura 4 se puede observar cómo evoluciona el cáncer en función del estadio en el que se encuentre. El estadio puede clasificarse de la siguiente manera:

- ❖ Estadio I: el cáncer se encuentra en la próstata únicamente. Suele estar formado por células que se parecen más a las células sanas y, por lo general, crecen lentamente. Su diagnóstico es accidental (cuando el paciente acude por otros motivos al urólogo).
- ❖ Estadio IIA y IIB: el tumor es demasiado pequeño para ser palpado o visto en las pruebas por imágenes o, en caso de que sea palpable no se ha diseminado fuera de la glándula prostática, además las células son generalmente más anormales y tienden a crecer rápidamente. En cualquiera de los estadios II el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos ni a los órganos distantes, aunque en el estadio IIB, el PSA y el Gleason tienen puntuaciones altas lo que aumenta el riesgo de compromiso ganglionar locorregional.
- ❖ Estadio III: el cáncer se ha diseminado más allá de la capa externa de la próstata hacia los tejidos adyacentes. Es posible que se haya diseminado a las vesículas seminales.
- ❖ Estadio IV: el tumor se ha diseminado a otras partes del cuerpo (vejiga, recto, hueso, hígado, pulmones o ganglios linfáticos).

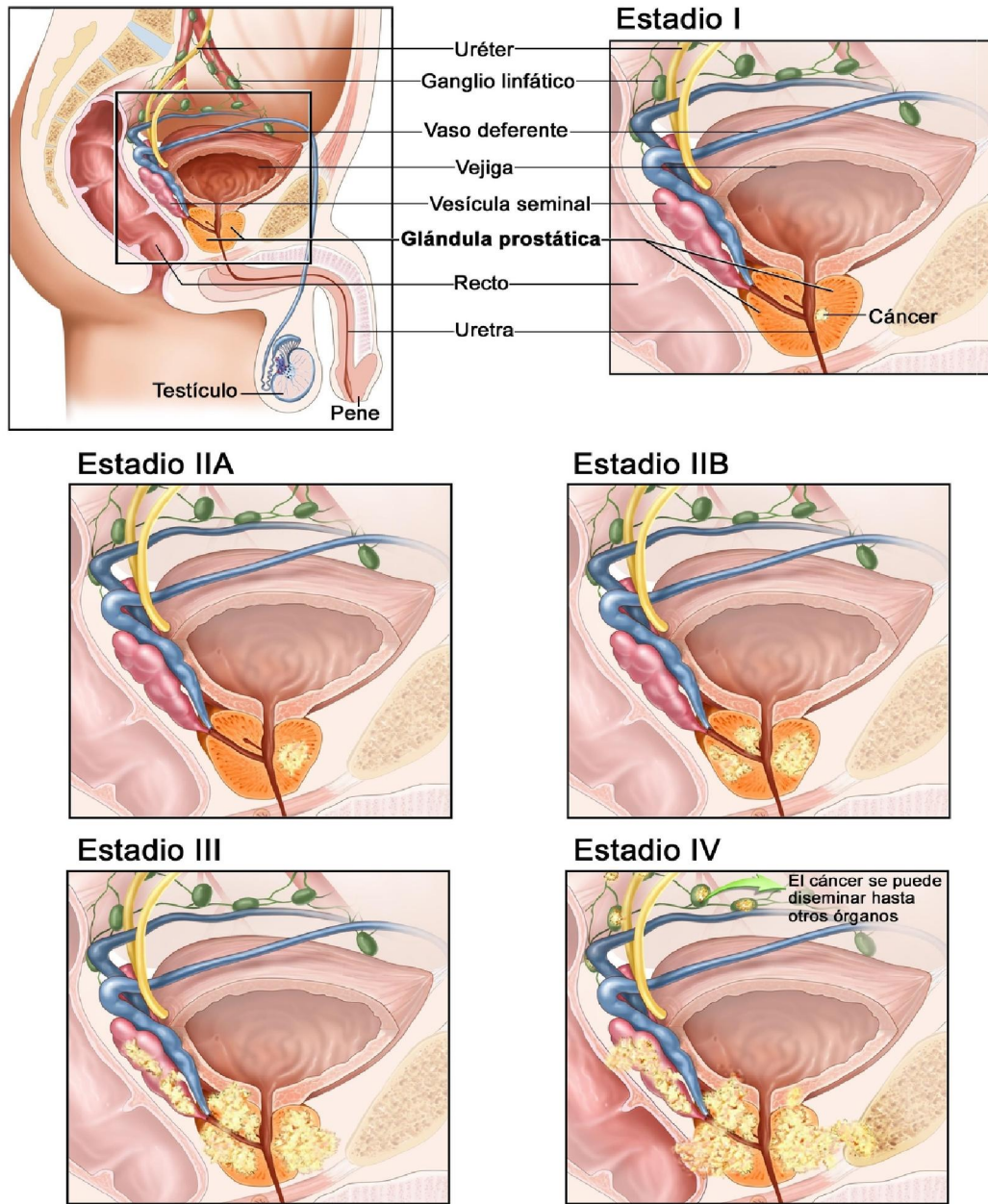
**Tabla 2: Clasificación TNM del cáncer de próstata: estadio anatomopatológico / grupos pronósticos (adaptado de AJCC 7th edición, 2010).**

Grupo	T	N	M	PSA	Gleason
I	T1a-c	N0	M0	<10	≤6
	T2a	N0	M0	≤10	≤6
II A	T1a-c	N0	M0	<20	7 -
	T1a-c	N0	M0	≥10<20	≤6 -
	T2a	N0	M0	≥10<20	≤6 -
	T2a	N0	M0	<20	7
	T2b	N0	M0	<20	≤7
	T2b	N0	M0	X	X
II B	T2c	N0	M0	Cualquiera	Cualquiera
	T1-2	N0	M0	≥20	Cualquiera
	T1-2	N0	M0	Cualquiera	≥8
III	T3a-b	N0	M0	Cualquiera	Cualquiera
	T4	N0	M0	Cualquiera	Cualquiera
IV	Cualquiera	N1	M0	Cualquiera	Cualquiera
	Cualquiera	Cualquiera	M1	Cualquiera	Cualquiera

PSA: antígeno prostático específico.

\* En caso de desconocer el nivel del PSA o Gleason, la categorización del grupo se determinará mediante el estadio T, junto con el nivel de PSA o Gleason, según su disponibilidad. Si se desconocen ambos no se podrá determinar el grupo pronóstico.

Figura 4: Desarrollo del tumor en función del estadio en que se encuentra la enfermedad (adaptado de NCCN, 2014).



### **3.5. GRADACIÓN HISTOLÓGICA. MÉTODO GLEASON**

La gradación histológica informa sobre la agresividad de las células cancerígenas, datos que también ayudan al médico a planificar el tratamiento. Existen varios sistemas de gradación del cáncer de próstata aunque el más difundido entre los urólogos es el Método Gleason (Gleason & Mellinger, 1974). El método Gleason consiste en la observación del aspecto y distribución que las células tumorales presentan al microscopio. Si estas células tienen una apariencia similar a las células sanas reciben una puntuación baja y aquellas células que se parecen menos a las células sanas o tienen una apariencia más agresiva reciben una puntuación más alta. El especialista determina el patrón principal de crecimiento celular (área donde el cáncer es más evidente), busca otro patrón de crecimiento menos frecuente y asigna una puntuación a cada uno. Se suman las puntuaciones para llegar a una puntuación que se conoce como suma de Gleason o "score" de Gleason que oscila entre 2 (1+1) y 10 (5+5) (Heidenreich et al., 2011), puntuaciones más altas indican mayor agresividad del tumor. Se pueden obtener diferentes resultados totales: puntuación X significa que no se puede determinar una conclusión,  $\leq 6$  las células están bien diferenciadas, 7 las células son moderadamente diferenciadas y 8-10 las células están mal diferenciadas o no se pueden diferenciar.

### **3.6. GRUPOS DE RIESGO**

Junto con el estadio, existen otros factores pronósticos que estiman el riesgo de recurrencia bioquímica después del tratamiento, información que ayuda al clínico a planificar el tratamiento y predecir su eficacia. Uno de los más utilizados es el de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) el cual utiliza el nivel de PSA, la puntuación Gleason y la etapa de clasificación T para dividir a los hombres en cinco grupos de riesgo:

muy bajo, bajo, intermedio, alto y avanzado (tabla 3). Conforme más bajo sea el riesgo, más baja es la probabilidad de que el cáncer de próstata crezca y se disemine (Mohler et al., 2010).

**Tabla 3: Clasificación de los grupos de riesgo (adaptado de la NCCN, 2014).**

Muy bajo riesgo	Bajo riesgo	Riesgo intermedio	Alto riesgo	Localmente avanzado
cT1c, Gleason<7, PSA<10 ng/ml, PSAD<0,15, <3 biopsias positivas	cT1-2a, Gleason<7, PSA<10 ng/ml	cT2b-2c, o Gleason 7, o PSA 10-20 ng/ml	cT3a, o Gleason>7, o PSA>20 ng/ml	cT3b-4

PSAD (PSA Densidad): valor que ajusta el valor del PSA al volumen prostático. Se calcula con el cociente de dividir el valor PSA en ng/ml, por el volumen prostático ecográfico en centímetros cúbicos.

### 3.7. TRATAMIENTOS

La decisión final del tratamiento a utilizar depende de factores como el estadio, grado de Gleason, efectos adversos o preferencias del paciente (tabla 4). Así, en algunos casos se puede optar por la vigilancia activa y vigilancia expectante, aunque los más habituales son los que se pasan a explicar a continuación: los tratamientos locales y los tratamientos sistémicos o la utilización de ambos en lo que se denomina tratamiento combinado (American Cancer Society, 2017).

- ❖ **Tratamientos locales:** se caracterizan por intervenir únicamente en el área en la que se encuentra el tumor. El objetivo principal de este tratamiento es eliminar el tumor antes de que se disemine fuera de la próstata. Los tipos de tratamientos locales son los siguientes:

1. Cirugía: extirpación del tumor y parte del tejido sano que se encuentra en el área periférica. Existen principalmente dos tipos de tratamientos quirúrgicos:

- ◆ Prostatectomía radical: técnica que consiste en la escisión de la próstata y vesículas seminales. Puede ser abierta, laparoscópica o robótica.
- ◆ Terapia focal: tratamientos del tumor respetando el tejido prostático sano, intentando evitar los efectos de la cirugía. No es una terapia estándar de atención.

2. Radioterapia: uso de rayos de alta potencia en la zona del tumor y periféricas.

- ◆ Radioterapia con haz externo: aplicación de un haz de rayos X en el área específica. Es la más frecuente.
- ◆ Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): es un tipo de haz externo con imágenes de la próstata 3D antes del tratamiento.
- ◆ Terapia de protones: uso de protones en lugar de rayos X.
- ◆ Braquiterapia o radioterapia interna: fuentes radioactivas, que se insertan directamente en la próstata y que emiten radiación en esa zona durante horas (dosis altas) o semanas (dosis bajas). La intervención difiere en función del tipo de dosis.

❖ **Tratamientos sistémicos:** este tipo de tratamientos se distribuyen por todo el cuerpo con el objetivo de alcanzar células cancerosas en cualquier lugar del organismo. Existen diferentes tipos de tratamientos sistémicos:

1. Terapia de privación androgénica (ADT): si la enfermedad está localmente avanzada o existen altas posibilidades de una recaída se suele optar por estas terapias. El objetivo de las ADT es reducir los niveles de hormonas sexuales masculinas para frenar el crecimiento del cáncer de próstata. Hay varios tipos:

- ◆ Orquiectomía bilateral: extirpación de los testículos.
- ◆ Agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) o Análogos LHRH: Reducen la producción de testosterona.
- ◆ Antagonistas de la LHRH: actúan como los antagonistas pero reducen la producción de testosterona más rápidamente.
- ◆ Antiandrógenos: evita que la testosterona se una a los receptores androgénicos.
- ◆ Bloqueo androgénico combinado: uso de los antiandrógenos junto con orquiectomía bilateral o tratamiento con agonistas de la LHRH a fin de maximizar el bloqueo de las hormonas masculinas.

2. Quimioterapia: se utiliza cuando el cáncer está avanzado, con existencia de metástasis o resistentes a la castración.

3. Terapia con vacunas: estimula las defensas naturales del organismo para combatir el cáncer mejorando o restaurando el sistema inmunitario. Está en proceso experimental.

❖ **Tratamientos combinados:** tratamientos en los que se aplica ADT, corta o larga y un tratamiento local.

**Tabla 4: Tipos de tratamientos en el cáncer de próstata (adaptado de American Cancer Society, 2017).**

Tratamiento	Zona de intervención	Tipos
LOCAL	Zona específica	Cirugía: Prostatectomía* Tratamiento focal Radioterapia: Externa (haz externo y de intensidad modulada)* Terapia de protones Interna (Braquiterapia)*
SISTÉMICO	Zona global	ADT: Orquiectomía bilateral - Agonista LHRH* - Antagonista LHRH* - Antiandrógenos* - Bloqueo androgénico combinado - Quimioterapia* - Terapia con vacunas -
COMBINADO	Zona global y específica	ADT + Radioterapia externa o interna* ADT + Cirugía

\* Tratamientos más utilizados en nuestro país.

### 3.8. EFECTOS ADVERSOS

Los tratamientos del cáncer de próstata pueden producir efectos secundarios, algunos reversibles y otros irreversibles y van a variar en función del tratamiento recibido (tabla 5). En general los efectos secundarios más comunes son los que se comentan a continuación (American Cancer Society, 2017).

- ❖ **Disfunciones sexuales:** dificultad e incapacidad, total o parcial, que se produce en cualquiera de las etapas del acto sexual. Las disfunciones sexuales se clasifican en cuatro categorías:

1. Trastornos del deseo sexual: suele producirse por la bajada del nivel de testosterona.
2. Trastorno - de la excitación sexual o disfunción eréctil: incapacidad para lograr una erección suficiente para la penetración sexual.
3. Trastorno del orgasmo: retraso persistente o ausencia de orgasmo tras una fase normal de excitación sexual.
4. Trastorno de dolor sexual: escozor, dolor en el momento de la eyaculación.

❖ **Incontinencia urinaria:** falta de control de la vejiga que ocasiona la falta de control de la orina, fuga o goteo. Hay diferentes tipos de incontinencia:

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo: suelen producirse pérdidas de orina al toser, reír o estornudar.
2. Incontinencia urinaria por rebosamiento: dificultad para vaciar la vejiga. Se tarda mucho en orinar y tienen un flujo goteante con poca fuerza.
3. Incontinencia de urgencia: necesidad repentina de orinar. Ocurre cuando la vejiga se vuelve demasiado sensible al estiramiento conforme se llena de orina.

❖ **Problemas urinarios:** irritación de la vejiga que causa una cistitis por radiación cuyos síntomas frecuentes son los deseos de orinar, sensación de ardor y/o sangre en la orina. También puede producirse irritación en la uretra que provoca entre otros síntomas un incremento de la frecuencia urinaria.

- ❖ **Problemas intestinales:** irritación del recto que provoca una proctitis por radiación con síntomas como la diarrea, sangre en heces, incontinencia rectal, dolor rectal y/o ardor.
- ❖ **Linfedema:** acumulación de la linfa en las piernas o en la región genital que causa hinchazón o dolor.
- ❖ **Cambios hormonales:** reducción del tamaño de los testículos y el pene, sensaciones repentinas de calor (bochornos), dolor palpar en los senos y crecimiento del tejido mamario, osteoporosis, anemia, aumento de peso, aumento de colesterol, depresión, entre otros.

**Tabla 5: Efectos adversos más comunes en función del tratamiento recibido**  
(adaptado de American Cancer Society, 2017).

Tratamiento	Efecto adverso	Tipo más frecuente
Cirugía	Disfunción sexual Incontinencia urinaria	Disfunción eréctil De esfuerzo
Radioterapia externa	Disfunción sexual Incontinencia urinaria Problemas urinarios Problemas Intestinales Linfedema	Disfunción eréctil De urgencia y por rebosamiento Cistitis por radiación Proctitis por radiación
Braquiterapia	Disfunción sexual Problemas urinarios Problemas Intestinales	Disfunción eréctil Irritación de la uretra Proctitis por radiación
Hormonales	Disfunción sexual Cambios Hormonales	Disfunción del deseo y eréctil Cambios emocionales y físicos

## **4. CALIDAD DE VIDA**

La prevalencia de enfermedades crónicas, para las cuales no hay una curación total y en las que el objetivo médico es paliar o eliminar los síntomas y mejorar el bienestar del paciente hace que aparezcan modificaciones en los sistemas de salud, convirtiéndose en un objetivo prioritario que el paciente se adapte a la enfermedad o sus efectos, lo que ha producido que haya un especial interés en evaluar y valorar la calidad de vida de estas personas.

### ***4.1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ONCOLOGÍA***

La calidad de vida centrada en la salud en el campo de la oncología, se centra en la salud del paciente, refiriéndose a la salud global del sujeto, no sólo como la ausencia de enfermedad sino también a su bienestar físico, mental y social y, en relación a los efectos de la enfermedad y los tratamientos (Aronson et al., 1993; Arraras, Martínez, Manterota & Laínez, 2004).

Tradicionalmente, el interés por conocer la calidad de vida en el ámbito de la oncología se basaba en modelos biomédicos, valorando principalmente la respuesta al tumor, el tiempo de supervivencia... A partir de los 90 aumenta el interés por conocer más sobre el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida del individuo (Aronson et al., 1993) y, aunque no existe una lista de dimensiones que se deberían evaluar, los expertos están de acuerdo en que se deben incluir áreas relacionadas con la enfermedad y los tratamientos: síntomas, efectos adversos, funcionamiento físico (capacidad de realizar tareas), funcionamiento psicológico (estado de ánimo) y funcionamiento social (interacción con otras personas de la comunidad) (Selby, 1993).

Un aspecto fundamental en la calidad de vida en el campo de la oncología es su investigación y evaluación. Es a partir de los años 90 cuando se produjo un impulso de la investigación en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, existiendo hoy en día una amplia gama de cuestionarios que se pueden clasificar en dos grupos: los que miden la calidad de vida del paciente oncológico en general (aplicables a cualquier tipo de tumor) y los específicos (diseñados para ser aplicados en un determinado tipo de tumor).

Los hallazgos en las investigaciones han conseguido que la calidad de vida sea uno de los aspectos claves en oncología, junto con otras variables médicas como la supervivencia. Poco a poco, los expertos trabajan hacia una cooperación internacional, buscando la existencia de consensos en las mediciones, en la metodología y en la elaboración de los instrumentos que permitan poder realizar estudios transculturales, disponer de una información rápida y fluida entre los países... Esto ha influido en que actualmente existan varios cuestionarios para evaluar la calidad de vida, aunque hay dos que son muy utilizados y específicos para pacientes oncológicos; el cuestionario FACT-G de la Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) (Cella et al., 1993) y el cuestionario EORTC QLQ-C30 de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) (Bjordal et al., 2000). Ambos cuestionarios miden la calidad de vida general en el paciente oncológico, disponen de cuestionarios o módulos específicos para determinados tumores y han demostrado cumplir los criterios de validez convergente y discriminante (Lockett et al., 2011).

## **4.2. CALIDAD DE VIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**

Los distintos efectos que sobre la calidad de vida pueden tener los tratamientos y la propia enfermedad afectan principalmente a las áreas urinarias (p. ej. incontinencia), intestinales (molestias e incontinencia

fecal), hormonales (sofocos, aumento/reducción de peso o ginecomastia, entre otros) y sexuales (como por ejemplo: disfunción sexual o pérdida de la libido).

Esto influye en que a menudo aparezcan miedos relacionados con el mal olor debido a las pérdidas de orina o de heces, miedo a mantener relaciones de pareja o a ser rechazados debido a los cambios físicos (Albaugh & Hacker, 2008; Ervik & Asplund, 2012; Weber, Roberts, Mills, Chumbler & Algood, 2008) que producen un impacto variable, continuo y regresivo en la calidad de vida (Serdà & del Valle, 2012; Serdà, del Valle, Marcos & Monreal, 2009) pudiéndola llegar a reducirla significativamente, además de deteriorar el bienestar emocional y la vida personal, familiar y social de estos hombres (Dąbrowska-Bender et al., 2015; Gacci et al., 2014; Kaplan & Mahon, 2014; Mc Caughan et al., 2013; McGinty et al., 2014; Punnen et al., 2013; Watson et al., 2015).

Las distintas modalidades de tratamiento afectan a la calidad de vida de los pacientes de modo diferencial, así la prostatectomía suele afectar más al área de funcionamiento urinario (Shinohara et al., 2013) y la radioterapia se asocia a síntomas irritantes tanto en la micción como en el funcionamiento intestinal (Penson, 2000; Penson & Litwin, 2003). Todos los tratamientos tienen el efecto adverso de deteriorar el área sexual (Nicolaisen, Müller, Patel & Hanssen, 2014; Shinohara et al., 2013).

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata es necesaria, tanto en etapas en las que la enfermedad está localizada por las secuelas de los tratamientos, como en etapas más avanzadas, en las que se ha producido una metástasis y los tratamientos presentan un menor efecto en la supervivencia pero con efectos adversos y síntomas clínicos que pueden tener un impacto importante en el paciente (Colloca & Colloca, 2016).

## **5. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Teniendo en cuenta los elementos básicos de los trastornos mentales, es importante conocer cuáles son los factores de riesgo que predisponen a una persona a ser más vulnerable a padecer un trastorno mental tras el diagnóstico oncológico para facilitar una atención temprana. En nuestro país, tras un diagnóstico oncológico, las personas más vulnerables a padecer un trastorno mental son los más jóvenes, los que se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad, si han tenido una reducción de los tratamientos oncológicos activos, los de peor pronóstico, si han tenido historia familiar de cáncer y aquellos con antecedentes personales de problemas psicológicos (Hernández, Cruzado & Ziortza, 2007).

A continuación, se explican sobre la base del DSM-V dos de los trastornos más comunes en esta población: los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, específicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente.

### **5.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La ansiedad es el estado emocional en que el paciente se siente tenso, nervioso, preocupado y/o atemorizado y que se asocia a una sintomatología física y psíquica, a veces con manifestaciones somáticas, tras la presencia de un estímulo que supone una amenaza y nos prepara para la lucha o la huida. La ansiedad es adaptativa en aquellos casos en los que es proporcional a la amenaza, es transitoria, dura solo mientras persiste el estímulo temido y facilita la puesta en marcha de recursos; desadaptativa en aquellos casos en los que es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo o puede tener un origen biológico (Arranz, Barbero, Barreto & Bayés, 2003).

### **5.1.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ONCOLOGÍA**

En el paciente oncológico se pueden numerar una serie de síntomas generales a la hora de manifestar los síntomas de ansiedad como el insomnio, la hiperactividad, evitación... (Maté, Hollenstein & Gil, 2004), aunque hay que tener en cuenta que hay pacientes que manifiestan estos síntomas y signos de ansiedad que son significativos y generadores de un gran malestar pero no llegan a cumplir criterios de trastornos específicos.

En los pacientes con cáncer de próstata el riesgo de padecer ansiedad está relacionado principalmente con la incontinencia urinaria, las disfunciones sexuales, los problemas intestinales, los síntomas secundarios relacionados con la hormonoterapia, la fatiga, la disnea y las dificultades financieras (Punnen et al., 2013; Sharp, O'Leary, Kinnear, Gavin & Drummond, 2016). Además, aparece con frecuencia cuando se realizan las pruebas del PSA para descartar el tumor, en el diagnóstico, en la toma de decisiones por las diferentes opciones terapéuticas, durante la administración del tratamiento o por la probabilidad de una recidiva (De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012).

## **5.2. TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de ánimo triste, vacío o irritabilidad, junto con cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa a la capacidad funcional del sujeto. La diferencia entre los tipos de trastornos depresivos es fundamentalmente debida a la duración, la presentación temporal o la etiología (American Psychiatric Association, 2014).

### **5.2.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ONCOLOGÍA**

En el paciente oncológico existen factores de riesgo a la hora de padecer un trastorno depresivo. Estos factores pueden estar o bien relacionados con la enfermedad (el momento del diagnóstico, dificultad para controlar el dolor, estadio avanzado, deterioro físico, padecer cáncer de páncreas, ser soltero y padecer cáncer de cabeza o cuello y algún tratamiento con determinados fármacos como corticoides, benzodiacepinas...) o bien pueden ser factores sin relación con el cáncer (antecedentes personales de depresión, falta de apoyo social, afrontar otros eventos vitales estresantes, antecedentes de intentos o ideaciones suicidas, alcoholismo, abusos de drogas o padecer otras enfermedades asociadas a síndromes depresivos como el derrame cerebral o el infarto de miocardio). También existen recursos que protegen al paciente de padecer este trastorno en los que se encuentran la edad, estar casado, ser optimista y tener menos deteriorado el funcionamiento físico (De Sousa et al., 2012).

El riesgo de padecer un trastorno depresivo en las personas con cáncer de próstata aumenta en aquellos casos en los que padecen incontinencia urinaria, disfunción sexual, efectos secundarios relacionados con la hormonoterapia, fatiga, insomnio, dolor y dificultades económicas (De Sousa et al., 2012; Punnen et al., 2013; Sharp et al., 2016).

### **5.3. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ONCOLOGÍA**

Cuando se trata de llevar a cabo estudios sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos aparecen principalmente dos dificultades: por un lado, los síntomas psicológicos confluyen con los somáticos lo que dificulta la tarea de realizar un diagnóstico diferencial y por otro lado, la propia enfermedad

genera un cierto grado de malestar emocional que se puede considerar normal o adaptativo. En cuanto a la depresión experimentada en los pacientes con cáncer de próstata aún no ha sido abordada adecuadamente y existen pocos estudios que hayan examinado la prevalencia de este trastorno (De Sousa et al., 2012).

El hecho de que la depresión mayor y la ansiedad sean dos de los trastornos más frecuentes en los pacientes oncológicos (Pasquini & Biondi, 2007) se asocia a los efectos adversos de los tratamientos (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000), a que estos tratamientos no sean eficaces o a las tasas de mortalidad. La tasa de supervivencia y la edad a la que se suele detectar el cáncer de próstata pueden explicar que los trastornos mentales no se produzcan de manera tan aguda, aunque existe el riesgo de que lleguen a cronificarse y fluctúen en intensidad, dificultando su detección e infravalorando su diagnóstico.

En este sentido, se realizó una revisión sistemática sobre los trastornos de ansiedad y depresión mayor en la población de pacientes con cáncer de próstata en la que se concluyó que la prevalencia de estos trastornos es más alta entre los pacientes que aún no han comenzado el tratamiento (27,40% y 17,27%, respectivamente), la más baja aparece en los pacientes que están en tratamiento (15,90% y 14,70%, respectivamente), volviendo a aumentar una vez terminado dicho tratamiento (18,49% y 18,44%, respectivamente) (Watts et al., 2014). Otra investigación constató que existía una correlación negativa entre la edad de estos pacientes y los trastornos de ansiedad así como una correlación positiva entre la variable edad y la depresión (Weiss Wiesel et al., 2015).

## 6. INFORMACIÓN EN ONCOLOGÍA

En oncología, la comunicación es uno de los factores más importantes en la relación médico-paciente, entre otras cosas porque facilitar la información necesaria y de manera adecuada influye en que el paciente se adapte mejor a los tratamientos, aumente la adherencia a éstos y mejoren las habilidades personales para afrontar la enfermedad, siendo importante que esta información se base en las preferencias específicas de cada individuo (McPherson, Higginson & Hearn, 2001; van der Meulen, Jansen, van Dulmen, Bensing & van Weert, 2008).

De la misma manera una de las tareas más difíciles, importantes y frecuentes que deben llevar a cabo los facultativos, sobre todo en campos como la oncología, es la comunicación de malas noticias (diagnóstico oncológico, cambio de tratamiento, recidiva...). Se estima que un oncólogo durante su carrera profesional realiza más de 20.000 entrevistas de este tipo (Baile et al., 2000). A pesar de su importancia en el proceso oncológico, existen varios factores que influyen en que muchas veces esta información pueda verse distorsionada; por un lado, la gravedad de la enfermedad hace que el personal sanitario dedique sus esfuerzos a curar la enfermedad o controlar los síntomas, olvidando otro tipo de necesidades psicológicas o sociales. Por otro lado, puede ocurrir que el profesional adopte un distanciamiento emocional como mecanismo de defensa por miedo a implicarse afectivamente y por último, la comunicación puede verse alterada por la falta de habilidades por parte del personal sanitario (Die, 2003).

Además cuando una persona recibe la noticia de que padece un cáncer, enfermedad que está poniendo en peligro su vida, antes de que pueda asimilar este diagnóstico comienza a recibir nueva información acerca de posibles tratamientos, estadios o nuevas pruebas médicas, por

lo que la comunicación médico-paciente es continua y toma una gran relevancia en este proceso (Hack et al., 2012).

Los estudios indican que la mayoría de los pacientes oncológicos, sobre todo jóvenes, mujeres y personas con estudios superiores, desean recibir información acerca de la enfermedad, tratamientos, pronóstico y recuperación, además de querer participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento lo que hace necesario que la información sea lo más individualizada posible y basada en un modelo de comunicación deliberativo (Brown, Parker, Furber & Thomas, 2011; Fujimori & Uchitomi, 2009; Thorne, Oliffe & Stajduhar, 2013).

En el caso de los pacientes diagnosticados de un cáncer de próstata, las investigaciones indican que a pesar del poco tiempo del que se dispone para tomar decisiones, en general estos hombres desean recibir información amplia y participar en los procesos de decisión (Feldman-Stewart, Brundage & Tong, 2011), lo que es importante cubrir ya que esta participación activa influye en que se sientan más satisfechos con su médico, se adapten mejor a los cambios producidos por la enfermedad y los tratamientos y perciban más alta su calidad de vida, su funcionamiento social, emocional, físico y de rol (Arraras et al., 2007, 2010, 2011a). Incluso los supervivientes de esta patología manifiestan estar interesados en recibir información sobre su estado físico, sexual y emocional (Zhou et al., 2016).

Además, consideran que el principal recurso para obtener la información es a través de su médico especialista y, aunque utilicen otras fuentes como Internet o los libros, la recibida por el facultativo es la única que se asocia con la satisfacción del paciente con respecto a la información recibida (Gilbert et al., 2014).

Al igual que en la población oncológica general, también existen diferencias en las preferencias de la información en función de las

características sociodemográficas. Así, los hombres de edades más avanzadas, con nivel educativo bajo y/o pocos ingresos económicos, prefieren asumir un papel más pasivo a la hora de recibir la información y tomar decisiones, optan por tratamientos menos invasivos, manifiestan estar menos satisfechos con la información recibida y la consideran de poca utilidad (Bernat et al., 2016; Cuypers et al., 2016).

Dados los beneficios que tiene el recibir una información adecuada para el paciente oncológico en la evolución de la enfermedad, en la última década ha habido un creciente interés por conocer si se están cubriendo las necesidades informativas, el grado de satisfacción del sujeto atendido y su evaluación objetiva mediante cuestionarios (Cuypers, Lamers, Kil, van de Poll-Franse & de Vries, 2015; Davies, Kinman, Thomas & Bailey, 2008; Lamers et al., 2016; Paterson, Robertson, Smith & Nabi, 2015; Pieper et al., 2015; Pinto et al., 2014).

En la atención oncológica es importante tener presente que las necesidades de información varían en función de la persona y, que en general, los pacientes oncológicos desean estar bien informados en relación al diagnóstico, pronóstico, opciones de tratamientos y efectos secundarios. Además, este deseo de ser informado puede variar a lo largo del proceso, en función de los cambios que vayan ocurriendo tanto físicos como psicológicos (Fallowfield, Ford & Lewis, 1995). Por lo tanto, los deseos o necesidades de la persona en relación a la información no son estáticos sino dinámicos y el clínico debe evaluar estas preferencias cada vez que tenga que comunicar alguna novedad a sus pacientes.

## **OBJETIVOS -**

---



El cáncer de próstata tiene una alta incidencia, prevalencia y baja mortalidad. Además, sus tratamientos pueden producir un deterioro importante en la calidad de vida de los hombres, lo que produce que sea uno de los problemas sanitarios más importantes en la población masculina. Teniendo en cuenta lo anterior y, dado que no existen estudios en España que hayan investigado de manera específica este tema, decidimos llevar a cabo esta investigación cuyos objetivos se numeran en el siguiente apartado.

En primer lugar, aparecen los objetivos planteados en el estudio de calidad de vida (general y específica) y en segundo lugar, los propuestos para estudiar los síntomas de ansiedad y/o depresión.

## **7.1. CALIDAD DE VIDA**

- ❖ Evaluar la calidad de vida global en sus diferentes dimensiones: física, psicológica, social y emocional en los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar los efectos diferenciales de las variables sociodemográficas: edad, nivel académico, situación laboral y tener o no pareja en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar los efectos diferenciales de las variables clínicas oncológicas: grupo de riesgo, tipo de tratamiento (general y específico) y la fase de la supervivencia, en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar la asociación entre la información y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.

## **7.2. ESTADO EMOCIONAL**

- ❖ Evaluar la ansiedad y depresión, en los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar los efectos diferenciales de las variables sociodemográficas: edad, nivel académico, situación laboral y tener o no pareja en la ansiedad y en la depresión de los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar los efectos diferenciales de las variables clínicas oncológicas: grupo de riesgo, tipo de tratamiento (general y específico) y la fase de supervivencia, en la ansiedad y la depresión de los pacientes con cáncer de próstata.
- ❖ Evaluar la asociación entre la información y los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer de próstata.

## **7.3. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO EMOCIONAL**

- ❖ Evaluar la asociación entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida general y específica de los pacientes con cáncer de próstata.

## **MATERIAL Y MÉTODOS -**

---



## 8.1. MUESTRA

La recogida de muestras comenzó en agosto de 2015 y concluyó en abril de 2016, periodo en el que se invitó a participar a 216 hombres diagnosticados de cáncer de próstata entre 2013 y 2015, que habían recibido o estaban recibiendo algún tratamiento para tratar esta enfermedad y que estaban siendo atendidos en el momento del estudio por el Servicio de Urología del Hospital San Pedro (U-HSP) de Logroño (La Rioja) y/o por el Servicio de Radioterapia Oncológica de la Fundación Rioja Salud (RO-FRS) de Logroño (La Rioja).

Durante ese tiempo, se llevó a cabo la recogida de datos, las entrevistas y la aplicación de cuestionarios. Posteriormente, se realizó el análisis de datos resultante del estudio, incluyendo la revisión de las historias clínicas.

Inicialmente, y antes de proceder a la recogida completa de los datos, se determinaron los criterios de selección de inclusión/exclusión que se muestran a continuación (tabla 6):

**Tabla 6: Criterios de selección (inclusión/exclusión) del estudio.**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS EXCLUSIÓN
Pacientes diagnosticados de cáncer de próstata entre 2013-2015	Pacientes que pertenecen a grupo de riesgo muy bajo riesgo, en vigilancia activa o expectante
Atendidos por el Servicio de Urología o por el Servicio de Radioterapia Oncológica	Pacientes que han sufrido una recidiva
Pacientes ambulatorios, no susceptibles de hospitalización	Tratamientos de quimioterapia o combinados de larga duración
Hablar y entender castellano	Pacientes atendidos por la Unidad de Cuidados Paliativo
Puntuación Karnofsky >80 puntos	Ausencia de historia clínica completa en el sistema informático del Hospital San Pedro
Puntuación Mini-mental >26 puntos	Diagnóstico de trastornos mentales anteriores al proceso oncológico

De los 216 pacientes a los que se invitó a participar, completaron el estudio 176 (81,48%), 40 (18,51%) fueron excluidos por diferentes motivos: (1) rehusar a colaborar (n=23); (2) ser imposible de localizar a través del teléfono para concretar la cita (n=3); (3) no cumplir algún criterio de inclusión (n=12) o (4) responder a menos del 70% de los ítems (n=2).

Los sujetos tenían edades comprendidas entre los 47 y 85 años, con una media de edad en el momento de la entrevista de 68,32 años (DT=7,58). La mayoría tenían un nivel académico básico (62,50%), eran jubilados (76,13%) y tenían pareja (81,81%). En la situación laboral 3 personas que fueron definidos como “otros”, se han introducido como jubilados ya que su situación era de incapacidad retribuida. Con respecto a la procedencia, el 36,93% fueron derivados del servicio de urología mientras que el 57,39% procedían del servicio de radioterapia. Durante la investigación, 10 personas (5,68%) conocieron la investigación a través de hombres que habían colaborado y solicitaron ellos mismos participar en el estudio. En la tabla 7 se presenta la descripción de la muestra de pacientes estudiada.

**Tabla 7: Descripción variables sociodemográficas de la muestra.**

<b>VARIABLES</b>	<b>Media (DT)</b>	
<b>EDAD</b>	68,32 (7,58) *	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>		
Básico	110	62,50
Secundario	41	23,29
Superior	25	14,20

<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Jubilado	134	76,13
En activo	31	17,61
Baja laboral	11	6,25
<b>PAREJA</b>		
Con pareja	144	81,81
Sin pareja	32	18,19
<b>PROCEDENCIA</b>		
Servicio radioterapia	101	57,39
Servicio urología	65	36,93
Autoderivación	10	5,68

\*DT: Desviación típica.

En relación a las variables clínicas, la mayoría de estos hombres tenían estadios bajos (I o II), con grupo de riesgo bajo o intermedio. El tratamiento específico más frecuente fue el combinado, seguido por el de las terapias radioterápicas, la prostatectomía y por último, los tratamientos hormonales. En el momento de la entrevista, los pacientes habían terminado los tratamientos locales como mínimo hacía 3 meses y los tratados con terapia hormonal llevaban un mínimo de 3 meses, la mayoría se encontraba en seguimiento de 24-36 meses (tabla 8).

Tabla 8: Descripción variables clínicas de la muestra.

Variables	N	%
<b>ESTADIO</b>		
I	47	26,70
II	86	48,86
III	32	18,18
IV	11	6,25
<b>GRUPO DE RIESGO</b>		
Bajo	70	39,77
Intermedio	53	30,11
Alto	45	25,56
Avanzado	8	4,54
<b>TRATAMIENTO GENERAL</b>		
Local	85	48,29
Combinado	64	36,36
Sistémico	27	15,34
<b>TRATAMIENTO ESPECÍFICO</b>		
Prostatectomía	34	19,31
Radioterapia	51	28,97
Combinado	64	36,36
Hormonal	27	15,34
<b>FASE DE TRATAMIENTO</b>		
Seguimiento 3-12 meses	47	26,70
Seguimiento 12-24 meses	47	26,70
Seguimiento 24-36 meses	82	46,59

Todos los pacientes firmaron el correspondiente consentimiento informado, aprobado previamente por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR P.I. nº 65 del 08 de julio del 2015; Ref. CEICLAR PI-192) (anexo 1).

## **8.2. DISEÑO**

El diseño de la investigación fue correlacional, descriptivo y transversal de los hombres con cáncer de próstata. La elección de pacientes se llevó a cabo de manera aleatoria.

## **8.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS**

### **8.3.1. MATERIAL**

La recogida de los datos sociodemográficos y clínicos se realizó de manera sistemática a través de tres fuentes: el análisis de las historias clínicas, los informes anatomopatológicos y la entrevista semiestructurada realizada en la consulta de Radioterapia Oncológica.

Los datos sobre calidad de vida, información y síntomas de ansiedad y/o depresión, se obtuvieron a través de las respuestas obtenidas por parte de los pacientes en los cinco cuestionarios incluidos en el estudio: EORTC QLQ-C30 (C30), EORTC QLQ-PR25 (PR25), EORTC QLQ-INFO25 (INFO25), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Para ello la psicooncóloga, una vez realizada la entrevista semiestructurada, explicaba las instrucciones de cada cuestionario y el sujeto procedía a responderlos.

Desde noviembre de 2014 a julio de 2015 se realizó la elaboración de la entrevista semiestructurada, la búsqueda y selección de los cuestionarios y la solicitud de los permisos necesarios para acceder a las historias clínicas e informes anatomopatológicos de los pacientes.

### 8.3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

A continuación se explican los instrumentos utilizados y los datos que se recogieron de las diferentes variables de la investigación.

Para decidir si el sujeto cumplía las condiciones físicas y cognitivas para participar en el estudio nos apoyamos en dos cuestionarios; el Cuestionario *Performance Status*/Índice Karnofsky (KPS) y el *Mini Mental State Examination* (MMSE) / Mini Examen Cognoscitivo (MEC).

#### 8.3.2.1. ÍNDICE KARNOFSKY (KPS)

El KPS es una escala funcional desarrollada y ampliamente utilizada en oncología, aunque también es aplicable a cualquier otro campo no oncológico como en los pacientes geriátricos. Esta escala clasifica a los sujetos en 11 categorías, en función de la capacidad para realizar sus tareas cotidianas, el grado de autonomía, la capacidad funcional y autocuidado. Se utiliza tanto en patologías oncológicas como en no oncológicas y el clínico puede usarlo por ejemplo para conocer la capacidad del paciente para funcionar, para determinar el pronóstico o para decidir si puede ser incluido en un determinado estudio clínico (Karnofsky, Abelmann, Craver & Burchenal, 1948).

Se trata de una escala categórica numérica discontinua que tiene una duración media de aplicación de menos de un minuto. El puntaje de la escala oscila entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa mayor nivel de autonomía o tener mejor capacidad para realizar las actividades cotidianas. Así, una puntuación de 0 se asocia a la muerte; entre 10 y <50, indica elevado riesgo de muerte en los próximos 6 meses; entre 50 y <80 son personas capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades; y entre 80 y 100 representa un grado de autonomía normal (anexo 2).

El estudio psicométrico de esta escala ha demostrado que es una herramienta fiable (coeficiente de Cronbach entre 0,97 y 1;  $p=0,001$ ) y con

una validez predictiva adecuada (Mor, Laliberte, Morris & Wiemann, 1984). Aunque estudios posteriores han informado de valores pobres para el acuerdo entre observadores, con un 25% de acuerdo entre los pares de observadores o un 29-43% de fiabilidad entre observadores con el coeficiente Kappa de Cohen (Mercier, Schraub, Bransfield & Fournier, 1992).

#### 8.3.2.2. *MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)*

El MEC se desarrolló con el objetivo de establecer el estado cognoscitivo del paciente y detectar posibles demencias o *deliriums*. En la actualidad es muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo, la demencia o *delirium* y vigilar la evolución en pacientes con alteraciones neurológicas en muy diversos campos clínicos (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala & Seva, 1980). Está elaborado para que los clínicos puedan utilizarlo en sus consultas por lo que es un test reducido y de fácil aplicación consiguiendo una evaluación rápida que permite sospechar el déficit cognitivo pero que no detalla el área alterada ni la causa del deterioro, por lo que es necesario utilizar como complemento una evaluación clínica y no puede ser utilizado por sí sólo para determinar un diagnóstico (anexo 3).

El tiempo de aplicación es libre, pero se suele responder entre 5 y 10 minutos, consta de 35 ítems y explora las áreas cognitivas de orientación, memoria de fijación, memoria reciente, capacidad de concentración y atención, identificación de objetos, órdenes verbales y escritas, abstracciones, escritura y construcción. El profesional indica las diferentes tareas al individuo y puntúa cada prueba en función de las respuestas. Una vez terminada la prueba, los resultados se obtienen sumando los puntajes de cada una de las respuestas de acuerdo al protocolo, obteniendo una puntuación única total cuyo puntaje máximo es de 35 puntos. Las puntuaciones de referencia indican que las personas

con puntajes <9 padecen demencia severa, entre 9 y 12 demencia, entre 12 y 24 deterioro y  $\geq 27$  normales.

Se ha demostrado la utilidad del MEC en la fase de cribado como instrumento sensible y relativamente específico. Así, utilizando un punto de corte entre 23 y 24 la sensibilidad y especificidad son de 87 y 82% respectivamente a la hora de detectar demencia o *delirium*. Una de las críticas más comunes a este instrumento es su limitación, especialmente porque depende de respuestas verbales y escritas, para ser aplicada en pacientes ciegos, sordos o con otras discapacidades.

Para la recogida de datos se utilizaron los seis instrumentos que se comentan a continuación:

#### 8.3.2.3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista es un proceso de comunicación formal, con una intencionalidad (en este caso recoger la información necesaria para la investigación), que se realiza como mínimo entre dos personas y en el que uno de ellos obtiene información del entrevistado de forma directa. Se recoge la información relevante y necesaria, determinada previamente, se hacen preguntas abiertas dando la oportunidad de recibir más matices de la respuesta e ir enlazando temas. Requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar los temas y ajustarse al tiempo del que se dispone.

Nuestra entrevista semiestructurada fue de línea descriptiva y centrada en los síntomas (anexo 4). Una vez finalizada la recogida de estos datos se procedía a la recogida de respuesta de los cuestionarios. Esta sesión completa tenía una duración entre 70 y 90 minutos. Los datos clínicos recogidos en la entrevista eran corroborados posteriormente con la Historia Clínica del paciente y los informes de anatomía patológica.

Se recogieron datos de las siguientes **variables sociodemográficas** (edad, nivel académico, situación laboral y tener pareja):

1. EDAD

2. NIVEL ACADÉMICO

Básico -

Secundario -

Superior -

3. SITUACIÓN LABORAL

Jubilado -

En activo -

Baja laboral -

4. PAREJA

Con pareja -

Sin pareja -

También, datos de las siguientes **variables clínicas** (estadio, grupo de riesgo, tipos de tratamientos y fase de supervivencia):

1. ESTADIO (según criterios AJCC, 2010)

I -

II -

III -

IV -

2. GRUPO DE RIESGO (según criterios NCCN, 2014)

Bajo

Intermedio -

Alto -

Avanzado -

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

Tratamientos locales:

- Prostatectomía
- Terapias radioterápicas (interna o externa)

Tratamientos sistémicos:

- Hormonal (ADT o terapia supresora de andrógenos)

Tratamientos combinados:

- Combinado (ADT corta y posteriormente, radioterapia interna o externa como tratamiento principal)

4. FASE DE SUPERVIVENCIA

Seguimiento 3-12 meses -

Seguimiento 12-24 meses

Seguimiento 24-36 meses -

#### 8.3.2.4. EORTC QLQ-C30 (VERSIÓN 3.0)

Es un cuestionario que mide la calidad de vida del paciente oncológico, con independencia de cuál sea su diagnóstico, tratamiento o pronóstico. Existen dos generaciones de este cuestionario: la primera, el QLQ-C36, que consta de 36 ítems y la segunda, que es el QLQ-C30 de 30 preguntas del que existen 3 versiones, que difieren entre sí en el contenido de algunas escalas y alternativa de respuesta para algunos ítems. Actualmente se utiliza la tercera versión de este cuestionario (Bjordal et al., 2000).

El QLQ-C30 está compuesto por:

1. Una escala global de calidad de vida (2 ítems).
2. Cinco escalas funcionales: física (5 ítems), de rol (2 ítems), emocional (4 ítems), cognitiva (2 ítems) y social (2 ítems)
3. - Tres escalas de síntomas: fatiga (3 ítems), náuseas/vómitos (2 ítems) y dolor (2 ítems).
4. Seis ítems individuales que evalúan otros síntomas: disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y la percepción que la persona tiene sobre el impacto económico producido por la enfermedad y/o el tratamiento.
5. Actualmente se ha incorporado la escala de puntuación total de este cuestionario, obteniéndola con la suma de las puntuaciones transformadas de todos los ítems a excepción de la escala global de salud (ítems 29 y 30) y del ítem dificultades financieras (ítem 28).

El tipo de respuesta es de formato Tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1, en absoluto; 2, un poco; 3, bastante; 4, mucho), excepto los

ítems correspondientes a la escala global de calidad de vida (ítems 29 y 30) cuyo rango es de 7 opciones de respuesta (de 1, muy pobre a 7, excelente), los ítems se refieren a la última semana o sin tiempo determinado, en general. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos (Aaronson et al., 1993).

Para la interpretación de los resultados, todas las puntuaciones directas de las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación lineal de 0 a 100 de acuerdo con el manual de la EORTC (Fayers et al., 2001). Teniendo en cuenta la interpretación de los resultados, según la Organización, puntuaciones más altas indican más o mejor calidad de vida y mejor funcionalidad física, de rol, emocional... Sin embargo, en las escalas que miden los síntomas, puntuaciones más altas indican más problemas o mayor sintomatología.

Este cuestionario ha demostrado ser fiable (coeficiente alfa de Cronbach  $\geq 0,70$ ), además de tener una validez consistente en diferentes grupos culturales y lingüísticos, incluida la muestra española (Arraras et al., 2002). Por otra parte, la escala de la puntuación total introducida en los últimos meses ha demostrado ser un instrumento robusto (Giesinger et al., 2016).

Con la aplicación de este cuestionario se recogió la variable “calidad de vida general” (anexo 5).

#### 8.3.2.5. *EORTC QLQ-PR25*

Módulo del cuestionario general que evalúa específicamente la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata, teniendo en cuenta los síntomas más frecuentes producidos con la aplicación del tratamiento oncológico.

Se aplica a continuación del C30, está formado por un total de 25 ítems, que componen cinco escalas diferentes multi-ítems (una de ellas es condicional) y un ítem condicional:

1. Escala síntomas urinarios (8 ítems).
2. Escala síntomas intestinales (4 ítems).
3. Escala síntomas hormonales (6 ítems).
4. Escala actividad sexual (2 ítems).
5. Escala funcionamiento sexual (4 ítems, condicionados a aquellos hombres que han mantenido relaciones sexuales en el último mes).
6. Molestias ocasionadas por el uso de la prenda para la incontinencia urinaria (1 ítem condicionado a ser respondido en caso de utilizar dicha prenda).

El tipo de respuesta es en formato Tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1, en absoluto; 2, un poco; 3, bastante; 4, mucho) y se refiere a la sintomatología entre la última semana o el último mes. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos (Aaronson et al., 1993).

De la misma manera que el anterior cuestionario, todas las puntuaciones directas de las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación lineal de 0 a 100. Y, puntuaciones más altas indican mayor sintomatología (urinaria, intestinal, hormonal y actividad sexual) o mayor nivel de funcionamiento sexual (Fayers et al., 2001).

Los estudios sobre este cuestionario indican que en general tiene una estructura válida y fiable para evaluar la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata, debiendo usar con prudencia las escalas de

síntomas intestinales y hormonales, tanto en muestra internacional como en muestra española (Arraras et al., 2009; van Andel et al., 2008).

A través de este cuestionario se recogió la variable “calidad de vida en el cáncer de próstata” (anexo 6).

#### 8.3.2.6. *EORTC QLQ-INFO25*

A través de este módulo, se evalúa la percepción y satisfacción de la información recibida en diferentes áreas y fases de la enfermedad y cuidado, así como varios aspectos cualitativos de la información: información por escrito, información en medio digital (CD), deseos de recibir más información o deseos de recibir menos información (Arraras et al., 2010).

Está formado por 25 ítems que se organizan de la siguiente manera:

1. Cuatro escalas multi-ítems: información sobre la enfermedad (4 ítems), pruebas médicas (3 ítems), sobre los tratamientos (6 ítems) y sobre otros servicios (4 ítems).
2. Cuatro ítems individuales: información sobre diferentes lugares de cuidado, cosas que puede hacer la persona para sentirse mejor (descansar, contactar con otras personas, entre otras), satisfacción y utilidad de la información.
3. Cuatro ítems cualitativos: poseer información escrita, poseer información en CD, cassette o vídeo, deseo de recibir más información (si fuera el caso en qué área/s), deseo de recibir menos información (si fuera el caso en qué área/s).
4. Escala puntuación global.

El tipo de respuesta es de formato Tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1, en absoluto; 2, un poco; 3, bastante; 4, mucho), excepto los ítems cualitativos, que tienen respuestas dicotómicas (sí / no). El tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos (Aronson et al., 1993).

Todas las puntuaciones de los ítems se transforman en una puntuación lineal de 0-100 de acuerdo con el manual de la EORTC (Fayers et al., 2001). Teniendo en cuenta la interpretación de la EORTC, puntuaciones más altas indican mayores niveles de información recibida, necesidad de recibir más o menos información y niveles más altos de satisfacción con la información recibida.

Estudios previos indican que es un cuestionario con una buena consistencia interna en todas sus escalas ( $\alpha > 0,7$ ) así como una buena fiabilidad test-retest (correlación interclases  $> 0,7$ ) (Arraras et al., 2010). Por otro lado, cumple los criterios de validez divergente y convergente y además discrimina entre los grupos en función de las variables biográficas y clínicas. También ha demostrado ser un cuestionario válido y fiable en muestra española (Arraras et al., 2011b).

Con este cuestionario se recogió la variable “calidad de la información recibida” (anexo 7).

#### 8.3.2.7. *INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)*

Es un cuestionario creado con el objetivo de evaluar la ansiedad tanto en población clínica como normal, en sujetos mayores de 13 años. Actualmente es el cuestionario autoaplicado más utilizado para evaluar la gravedad de la ansiedad (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Piotrowski & Gallant, 2009).

Se compone de 21 ítems y se pregunta al sujeto por el grado de molestia que le han ocasionado ciertas conductas anormales durante la última semana, incluido el día que responde al cuestionario, con opciones

de respuesta tipo Likert (0: nada o en absoluto, 1: leve, 2: moderado, 3: grave o casi no podía soportarlo). En caso de que la persona eligiera más de una opción de respuesta, se incluye en la corrección la puntuación más alta. La puntuación total es la suma de las respuestas a los 21 ítems (puntuación de 0 a 63), cuya interpretación se basa en los puntos de corte que determinan el nivel de gravedad de la sintomatología ansiosa. Así, la puntuación de 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 leve, 16-25 moderada y 26-63 grave (Beck & Steer, 2011). El tiempo de aplicación es de 5-10 min.

En la adaptación española, los estudios sobre el análisis de las propiedades psicométricas de este inventario sugieren que el BAI es un cuestionario con buenos índices psicométricos para medir la presencia y gravedad de sintomatología ansiosa, con una excelente fiabilidad de consistencia interna (coeficiente de Cronbach  $\geq 0,88$  en diferentes poblaciones), validez de constructo y validez diagnóstica (robusta a la hora de ser contaminada por sintomatología de tipo depresivo) y con una adecuada validez discriminante entre grupos de pacientes con y sin trastornos de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas. Estos índices son similares a los de la versión original o a los de las adaptaciones en otros países (Beck & Steer, 2011; Sanz, 2014).

Con el BAI se recogió la variable “síntomas de ansiedad” (anexo 8).

#### 8.3.2.8. *INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK-II (BDI-II)*

Es un cuestionario creado con el objetivo de detectar y evaluar la gravedad de los síntomas de depresión, siendo uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010). Es una prueba destinada principalmente a uso clínico, dirigida a personas mayores de 13 años. Los ítems se caracterizan por ser los síntomas más frecuentes en los trastornos depresivos.

Se compone de 21 ítems en los que aparecen síntomas como la tristeza, llanto o pérdida de placer para que la persona evaluada elija las afirmaciones con las que más se identifica en el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día en que se responde el cuestionario.

Es de fácil aplicación, tanto si se responde por escrito como de forma oral. Se requiere de media entre 5-10 minutos para cumplimentarlo. Las puntuaciones son formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta (de 0 a 3), excepto el ítem sobre patrón de sueño y el de cambio en el apetito, que contienen 7 categorías. En caso de que una persona elija entre varias categorías en un mismo ítem, puntúa la más alta. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems, pudiendo obtener un rango de puntuación entre 0 y 63. Se han establecido los siguientes puntos de corte: 0-13: depresión mínima; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada; y 29-63: depresión grave (Beck, Steer & Brown, 2011).

Los estudios psicométricos de la versión española indican que los ítems del instrumento presentan una alta fiabilidad en cuanto a la consistencia interna y una adecuada validez convergente con respecto a otras medidas de depresión. Además, las puntuaciones discriminan entre las personas con y sin trastorno depresivo.

Con el BDI-II se recogió la variable denominada como “síntomas de depresión” (anexo 9).

## 9. PROCEDIMIENTO

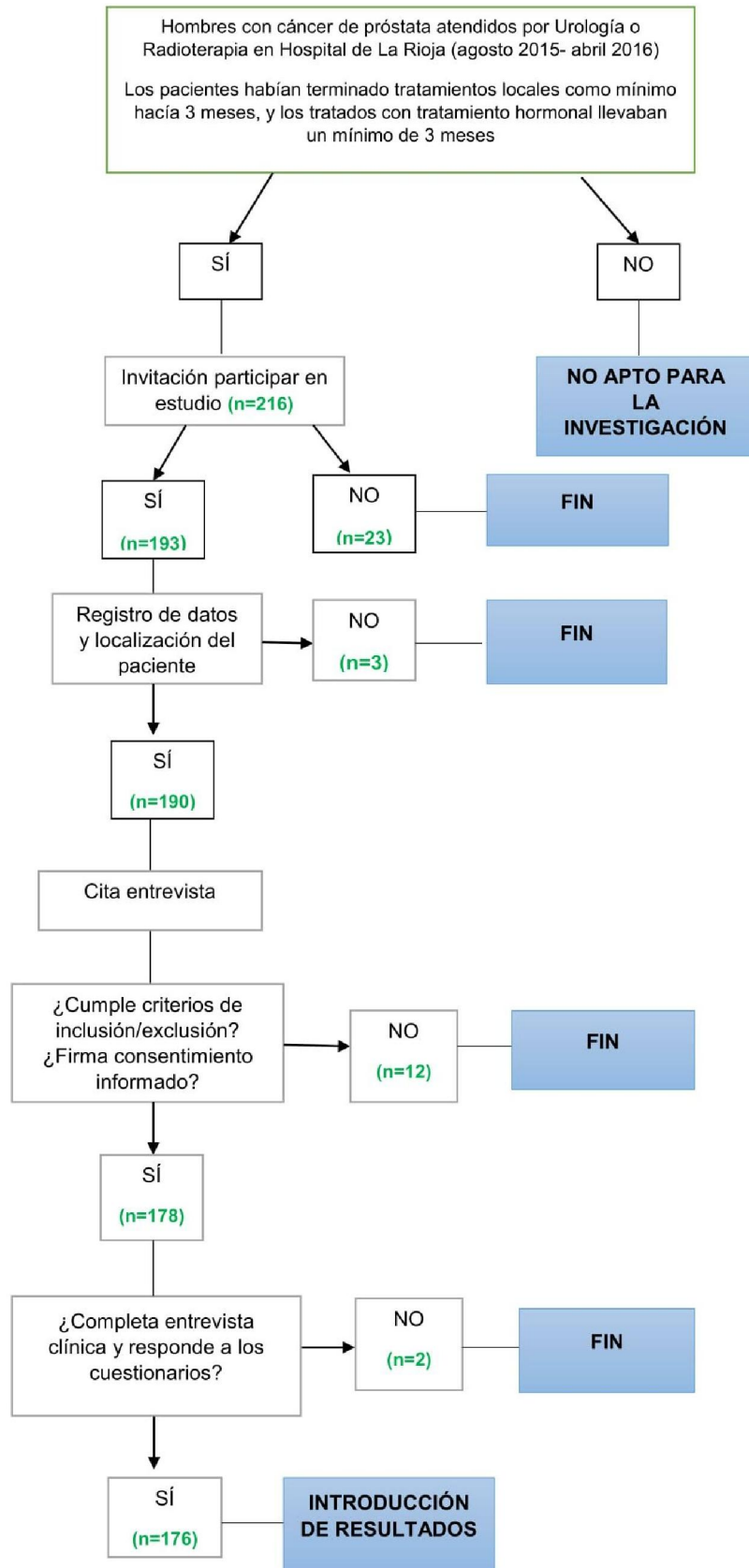
A continuación se describe detalladamente la metodología seguida con los pacientes del estudio:

Si los criterios de selección indicaban que el sujeto era apto para participar en la investigación, el facultativo explicaba la posibilidad de inclusión en el estudio. Los datos de aquellos pacientes que mostraban interés por participar se añadían a una base de datos interna que incluía los siguientes datos: número de historia clínica, servicio de derivación, nombre y apellidos, teléfono de contacto y disponibilidad. Desde esta base de datos la psicooncóloga se ponía en contacto por teléfono con estos pacientes para concretar una cita de lunes a viernes (de 16:00 a 20:00 horas).

El día de la cita, antes de comenzar con ninguna recogida de datos, se informaba a todos los pacientes de los objetivos y características de la investigación, con la posterior firma del consentimiento informado. Una vez realizado esto se procedía a aplicar el instrumento Mini-Mental para comprobar que la persona no presentara deterioro cognitivo y en caso de ser así, se procedía a realizar la entrevista clínica para recoger los datos sociodemográficos y clínicos y se aplicaban los cuestionarios: EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-PR25, EORTC QLQ-INFO25, BAI y BDI-II. En caso de que el paciente fuera excluido tras pasarle la prueba de Mini Mental se le agradecía su participación y se daba por concluida la entrevista. Posteriormente a la entrevista, se procedía a completar la entrevista clínica del paciente a través de la historia clínica y los informes anatomopatológicos, así como la información sociodemográfica y clínica recogida anteriormente.

El protocolo que se estableció puede observarse en la figura 5.

Figura 5: Circuito establecido en la investigación.



## 10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se diseñó una base de datos matricial e informatizada en la que se incluyeron los valores recogidos de cada uno de los sujetos incluidos en el estudio.

Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables, mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas y mediante análisis estadísticos, desviación típica e intervalo de confianza para la media (95%) en el caso de variables cuantitativas.

En el análisis bivariado para comprobar las diferencias entre las variables independientes cualitativas politómicas y las variables dependientes cuantitativas, se llevó a cabo en aquellos casos en los que se cumplieran el supuesto de normalidad o los grupos fueran mayores de 30 sujetos el ANOVA de un factor. En caso de que no fuera posible se realizó la prueba de Kruskal Wallis con prueba pos hoc de contraste del test Dunn-Bonferroni, indicando el tamaño del efecto entre los pares estadísticamente significativos y calculando el Índice de Cohen. En aquellos casos en los que la variable independiente era cualitativa dicotómica y la dependiente cuantitativa, se aplicó el procedimiento de comparación de medias basado en la prueba t de Student para muestras independientes, ya que o bien se cumplía con el supuesto de normalidad o los grupos tenían un  $n \geq 30$ .

Para terminar, en la asociación bivariada entre las variables cuantitativas se realizó un estudio correlacional bivalente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, exponiendo en los resultados las asociaciones  $\geq 0,20$ .

Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales, considerando como significativos los valores asociados  $p < 0,05$ .

Los datos de las personas seleccionadas para el estudio se registraron con el programa Excel 2013. Posteriormente, los cálculos se hicieron con ayuda de los programas SPSS 22.0 y los gráficos con el programa Excel 2013.



**RESULTADOS -**

---



# **11. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA GENERAL Y ESPECÍFICA -**

## ***11.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUESTIONARIOS***

En los apartados siguientes se exponen en primer lugar los resultados de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de calidad de vida general (EORTC QLQ-C30) y en el cuestionario específico de cáncer de próstata (EORTC QLQ-PR25) y en segundo lugar, los obtenidos en las puntuaciones de la muestra general del cuestionario sobre la información (EORTC QLQ-INFO25).

### **11.1.1. EORTC QLQ-C30 Y EORTC QLQ-PR25**

La escala de la puntuación total del cuestionario EORTC QLQ-C30 es satisfactoria, al igual que el resto de las escalas, tanto en las escalas funcionales como en la global de salud. De las escalas funcionales, la escala de funcionamiento emocional es la más baja, obteniendo una puntuación similar que en la escala global de salud.

En cuanto a las escalas e ítems de síntomas comunes en oncología, los sujetos no presentan muchas molestias, siendo las puntuaciones bajas. Entre las puntuaciones más altas se encuentran el insomnio, el estreñimiento y la fatiga.

Todos estos resultados aparecen recogidos en la tabla 9.

Tabla 9: Datos descriptivos del EORTC QLQ-C30.

<b>EORTC QLQ- C30</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Intervalo de confianza para la media (95%)</b>
<b>Escala puntuación total</b>	87,50	10,54	85,93-89,07
<b>Escala global de salud</b>	76,75	17,26	74,18-79,32
<b>Escalas funcionales</b>			
Funcionamiento físico	88,44	18,68	85,66-91,22
Funcionamiento de rol	86,55	28,26	82,34-90,75
Funcionamiento emocional	77,74	25,10	74,01-81,48
Funcionamiento cognitivo	80,58	26,85	76,59-84,58
Funcionamiento social	89,96	21,53	86,75-93,16
<b>Escala síntomas</b>			
Fatiga	14,45	22,42	11,12-17,79
Náuseas/vómitos	1,42	7,31	0,33-2,50
Dolor	9,65	18,20	6,95-12,36
Disnea	5,68	16,11	3,28-8,07
Insomnio	23,67	33,82	18,64-28,70
Pérdida de apetito	5,11	16,87	2,60-7,62
Estreñimiento	15,15	28,46	10,91-19,38
Diarrea	10,60	24,19	7,00-14,20
Dificultades financieras	1,89	10,52	0,32-3,45

En el siguiente cuestionario, el EORTC QLQ-PR25, las puntuaciones de las escalas de los síntomas son bajas, siendo las más deterioradas la sintomatología urinaria y la actividad sexual. A pesar de que los hombres tienen una actividad sexual baja, los que mantienen relaciones sexuales obtienen una puntuación media en la escala de funcionamiento sexual.

En la escala y en el ítem condicional, 46 hombres (23,13%) respondieron a las preguntas sobre “funcionamiento sexual” y 30 (17,04%) respondieron al “uso de la prenda de incontinencia urinaria”.

En la tabla 10 se recogen los estadísticos descriptivos para las puntuaciones de las escalas del EORTC QLQ-PR25 de la muestra.

**Tabla 10: Datos descriptivos del EORTC QLQ-PR25.**

EORTC QLQ- PR25	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media (95%)
<b>Escala síntomas</b>			
Urinarios	22,70	17,19	20,14-25,26
Intestinales	4,16	8,35	2,92-5,40
Hormonales	12,97	11,81	11,21-14,73
Actividad sexual	26,13	29,68	21,70-30,55
Funcionamiento sexual	42,93	24,27	35,72-50,14
Uso de prenda urinaria	22,22	34,27	9,42-35,02

### **11.1.2. EORTC QLQ-INFO25**

Las puntuaciones globales en las escalas EORTC QLQ-INFO25 se muestran en la tabla 11.

Las puntuaciones son en su mayoría bajas, es decir, que los hombres en general no reciben información adecuada.

La puntuación global de la información y las puntuaciones de las escalas son medias-bajas a excepción de la escala “información sobre otros servicios” que es muy baja, al igual que otros ítems individuales como “otros lugares de cuidado” “pautas de autocuidado” e “información en CD” que son muy bajos.

En general, los hombres no desearían recibir ni más ni menos información, por lo que estas puntuaciones también son bajas.

El resto de los ítems individuales son también bajos aunque no tanto. En cuanto a la satisfacción y la utilidad de la información, se obtienen puntuaciones más o menos satisfactorias.

Tabla 11: Datos descriptivos del EORTC QLQ-INFO25.

EORTC QLQ-INFO25	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media (95%)
<b>Puntuación global</b>	43,03	9,69	41,59-44,47
<b>Escalas</b>			
Información sobre la enfermedad	53,88	23,93	50,32-57,44
Información sobre pruebas médicas	66,41	26,71	62,43-70,38
Información sobre tratamientos	61,96	27,92	57,80-66,11
Información sobre otros servicios	7,67	12,48	5,81-9,52
<b>Ítems Individuales</b>			
Información sobre otros lugares de cuidado	3,97	14,36	1,84-6,11
Información sobre pautas autocuidado	13,25	23,11	9,81-16,69
Información escrita	55,68	49,81	48,27-63,09
Información en CD	1,13	10,62	-0,44-2,71
Satisfacción con la información recibida	73,86	27,34	69,79-77,93
Deseo más información	17,61	38,20	11,93-23,29
Deseo menos información	1,70	12,98	-0,22-3,63
Utilidad de la información	72,91	28,15	68,72-77,10

## 11.2. VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA GENERAL Y ESPECÍFICA

En este apartado se exponen los resultados obtenidos de los análisis entre las variables independientes del estudio y la calidad de vida, tanto la general como la específica de cáncer de próstata.

### 11.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

#### 11.2.1.1. EDAD, NIVEL ACADÉMICO, SITUACIÓN LABORAL Y PAREJA

En relación a las diferentes variables sociodemográficas, en el nivel académico no se encuentran diferencias significativas, ni tampoco hay diferencias en cuanto a la situación laboral y/o tener o no pareja.

Como puede observarse en la tabla 12, la edad no está asociada de manera significativa con ninguna de las escalas de la calidad de vida, salvo en que los hombres de más edad tienen significativamente menos actividad sexual ( $r=-0,44$ ;  $p<0,001$ ).

**Tabla 12: Matriz de correlaciones entre la variable sociodemográfica “edad” y las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25.**

EORTC QLQ-C30	Edad (r)	p
<b>Escala puntuación total</b>	-0,08	0,267
<b>Escala global de salud</b>	0,05	0,521
<b>Escalas funcionales</b>		
Funcionamiento físico	-0,12	0,125
Funcionamiento de rol	-0,06	0,443
Funcionamiento emocional	0,03	0,736

Funcionamiento cognitivo	-0,12	0,102
Funcionamiento social	-0,06	0,421
<b>Escala síntomas</b>		
Fatiga	0,03	0,651
Náuseas/vómitos	-0,05	0,499
Dolor	-0,03	0,737
Disnea	-0,01	0,939
Insomnio	0,02	0,803
Pérdida de apetito	-0,03	0,684
Estreñimiento	0,07	0,311
Diarrea	0,06	0,389
Dificultades financieras	0,11	0,881
<b>EORTC QLQ-PR25</b>	<b>Edad (r)</b>	<b>p</b>
<b>Escala síntomas</b>		
Urinarios	0,02	0,789
Intestinales	0,02	0,824
Hormonales	0,09	0,241
Actividad sexual	<b>-0,44</b>	<b>&lt;0,001</b>
Funcionamiento sexual	-0,07	0,657
Uso de prenda urinaria*	0,24	0,204

## 11.2.2. VARIABLES CLÍNICAS

### 11.2.2.1. GRUPO DE RIESGO, TIPO DE TRATAMIENTO GENERAL Y ESPECÍFICO Y FASE DE SUPERVIVENCIA

En primer lugar, los resultados del efecto del grupo de riesgo en la calidad de vida general y específica del cáncer de próstata nos indican que los hombres que tienen un grupo de riesgo avanzado presentan significativamente peor calidad de vida en la escala de puntuación total, la global de salud y las escalas funcionales: física, de rol y social que los sujetos que tienen la enfermedad en un grupo de riesgo bajo, intermedio o alto.

En relación a la sintomatología, son los hombres que se encuentran en un grupo de riesgo avanzado los que manifiestan estar significativamente más fatigados que los hombres cuya enfermedad se encuentra en un grupo de riesgo bajo, intermedio o alto. Estos mismos hombres, es decir los del grupo de riesgo avanzado, presentan mayor sintomatología de dolor, aunque en esta ocasión las diferencias significativas se presentan con respecto al grupo de riesgo bajo e intermedio.

En cuanto a la sintomatología específica del cáncer de próstata existen diferencias significativas en función del grupo de riesgo en las escalas sexuales. Así, los hombres en grupo de riesgo avanzado tienen significativamente peor actividad sexual que los hombres en grupo de riesgo bajo y los que tienen la enfermedad en grupo de riesgo intermedio son los que mejor funcionamiento sexual presentan, habiendo diferencias significativas con respecto al grupo de riesgo alto. En esta última escala no aparecen puntuaciones para el grupo de riesgo avanzado lo que significa que ninguno de los hombres de este grupo de riesgo mantuvo relaciones sexuales en el último mes. Todos estos resultados pueden observarse en la tabla 13 y en las figuras 6-14.

Tabla 13: Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del grupo de riesgo, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen.

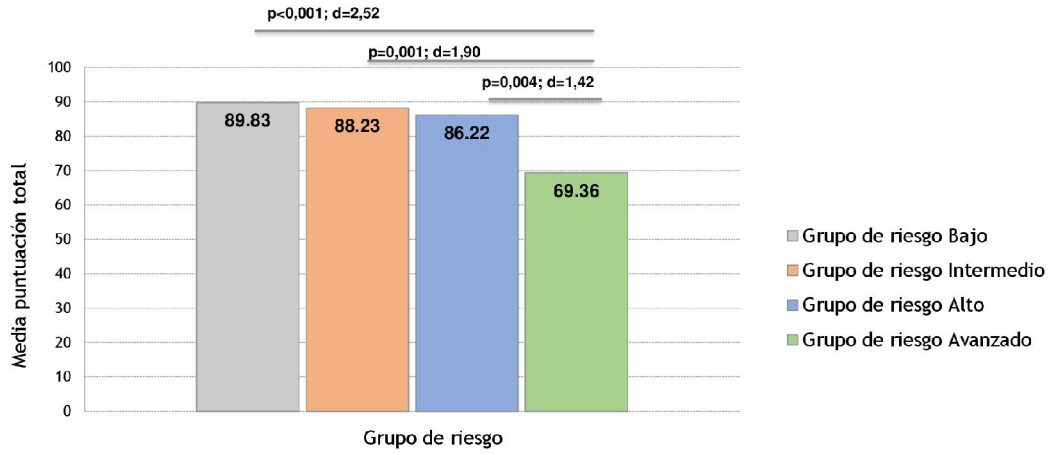
Escala / Ítems	Grupo de riesgo				Estadísticos		
	Bajo (B) n=70	Intermedio (I) n=53	Alto (AL) n=45	Avanzado (AV) n=8	K-W (p)	d	D-B (p)
<b>EORTC QLQ-C30</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
<b>Escala puntuación total</b>	89,83 (7,88)	88,23 (9,84)	86,22 (12,03)	69,36 (9,57)	0,001	B/AV (2,52) I/AV (1,90) AL/AV (1,42)	<0,001 0,001 0,004
<b>Escala global de salud</b>	79,76 (11,40)	77,67 (18,68)	74,44 (21,05)	57,29 (15,06)	0,013	B/AV (1,89) I/AV (1,10) AL/AV (0,83)	0,008 0,011 0,033
<b>Escalas funcionales</b>							
Funcionamiento físico	93,42 (12,61)	90,06 (14,82)	85,62 (21,17)	50,00 (26,42)	<0,001	B/AV (2,98) I/AV (2,38) AL/AV (1,60)	<0,001 <0,001 0,001
Funcionamiento de rol	95,23 (15,31)	86,79 (24,75)	82,22 (34,88)	33,33 (36,73)	<0,001	B/AV (3,34) I/AV (1,99) AL/AV (1,37)	<0,001 <0,001 <0,001
Funcionamiento emocional	80,83 (22,08)	76,41 (27,67)	77,40 (24,52)	61,45 (32,71)	0,416		
Funcionamiento cognitivo	80,23 (25,58)	80,18 (28,87)	82,96 (24,99)	72,91 (36,66)	0,831		
Funcionamiento social	96,42 (11,31)	88,99 (22,86)	89,25 (20,76)	43,75 (29,46)	<0,001	B/AV (3,72) I/AV (1,88) AL/AV (2,02)	<0,001 <0,001 <0,001

Escalas/Ítems	Grupo de Riesgo				Estadísticos		
	Bajo (B) n=70	Intermedio (I) n=53	Alto (AL) n=45	Avanzado (AV) n=8	K-W (p)	d	D-B (p)
EORTC QLQ-C30	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)			
<b>Escalas síntomas</b>							
Fatiga	10,15 (16,78)	12,78 (20,83)	15,06 (22,61)	59,72 (28,44)	<0,001	B/AV (-2,70) I/AV (-2,12) AL/AV (-1,87)	<0,001 <0,001 0,001
Náuseas / Vómitos	0,71 (4,42)	0,94 (5,07)	2,59 (11,21)	4,16 (11,78)	0,525		
Dolor	7,38 (15,95)	8,17 (15,54)	10,74 (19,18)	33,33 (30,86)	0,012	B/AV (-1,44) I/AV (-1,38)	0,007 0,024
Disnea	5,23 (13,47)	5,03 (15,18)	5,18 (15,82)	16,66 (35,63)	0,684		
Insomnio	22,85 (35,68)	23,27 (33,70)	25,92 (32,48)	20,83 (30,53)	0,833		
Pérdida apetito	3,80 (13,36)	3,77 (15,55)	7,40 (21,18)	12,50 (24,80)	0,377		
Estreñimiento	16,66 (30,95)	13,83 (27,29)	14,81 (25,18)	12,50 (35,35)	0,849		
Diarrea	11,42 (24,00)	7,54 (22,30)	14,81 (28,02)	0 (0)	0,183		
Dificultades financieras	0,47 (3,98)	3,77 (16,87)	2,22 (8,40)	0 (0)	0,430		

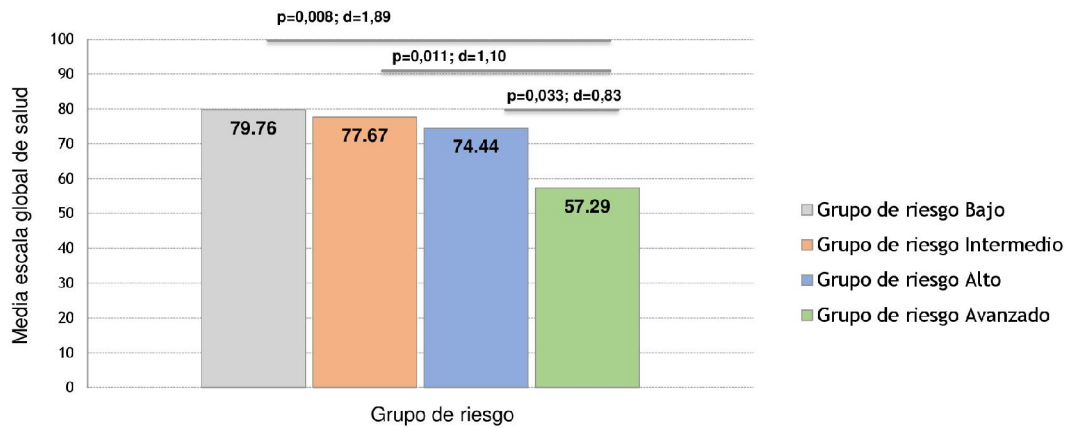
Escalas/Ítems	Grupo de Riesgo				Estadísticos		
	Bajo (B) n=70	Intermedio (I) n=53	Alto (AL) n=45	Avanzado (AV) n=8			
<b>EORTC QLQ-PR25</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntomas urinarios	19,58 (16,33)	21,61 (15,15)	28,42 (20,04)	25,00 (14,26)	0,073		
Escala síntomas intestinales	3,09 (6,37)	3,45 (6,62)	7,22 (12,12)	1,04 (2,94)	0,164		
Escala síntomas hormonales	11,90 (10,87)	12,57 (12,09)	15,06 (13,06)	13,19 (11,08)	0,590		
Escala síntomas actividad sexual	34,28 (32,21)	21,38 (24,97)	22,59 (29,54)	6,25 (17,67)	0,009	B/AV (0,89)	<b>0,032</b>
	<b>Bajo (B) n=27</b>	<b>Intermedio (I) n=12</b>	<b>Alto (AL) n=7</b>	<b>Avanzado (AV) n=0</b>			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntomas función sexual	41,66 (22,76)	56,25 (21,65)	25,00 (24,05)	Sin casos	0,022	I/AL (1,32)	<b>0,044</b>
	<b>Bajo (B) n=10</b>	<b>Intermedio (I) n=9</b>	<b>Alto (AL) n=11</b>	<b>Avanzado (AV) n=0</b>			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Ítem prenda urinaria	23,33 (35,31)	18,51 (29,39)	24,24 (39,69)	Sin casos	0,956		

DT: Desviación típica; K-W: Kruskal Wallis; d: Índice de Cohen; D-B: Dunn-Bonferroni.

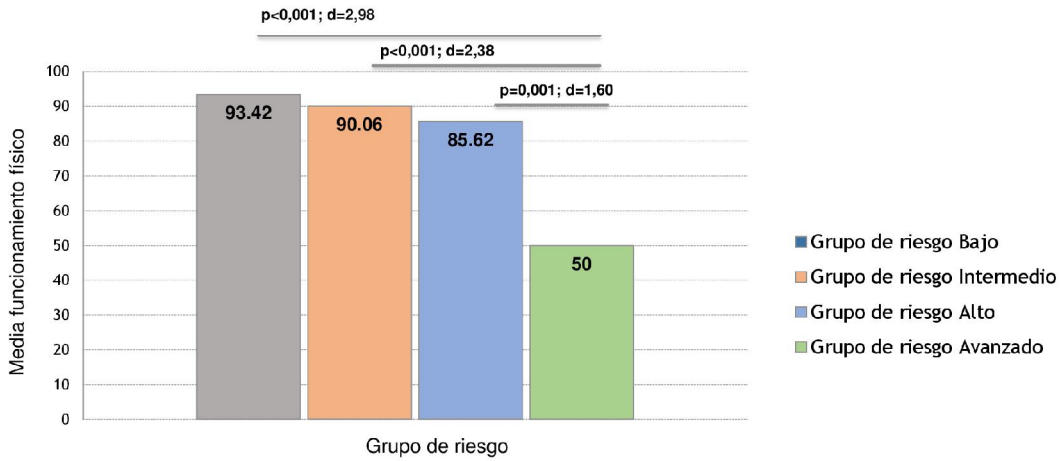
**Figura 6: Puntuación Total - Puntuaciones medias en la escala puntuación total (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



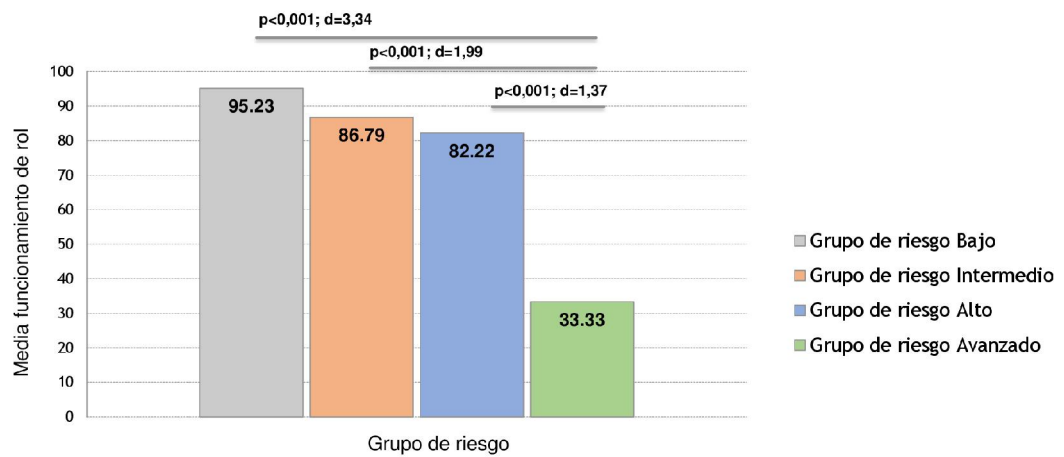
**Figura 7: Escala Global de Salud - Puntuaciones medias en la escala global de salud (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



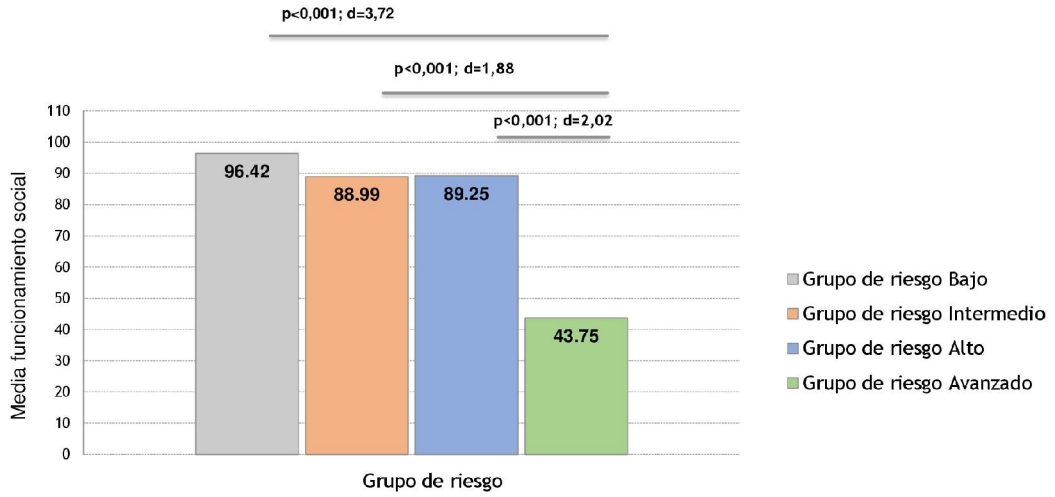
**Figura 8: Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



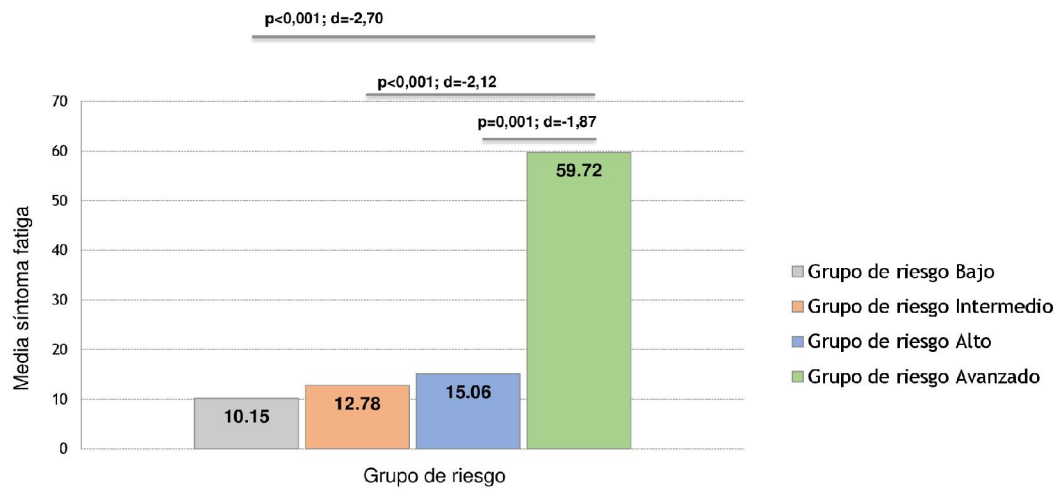
**Figura 9: Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento rol (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



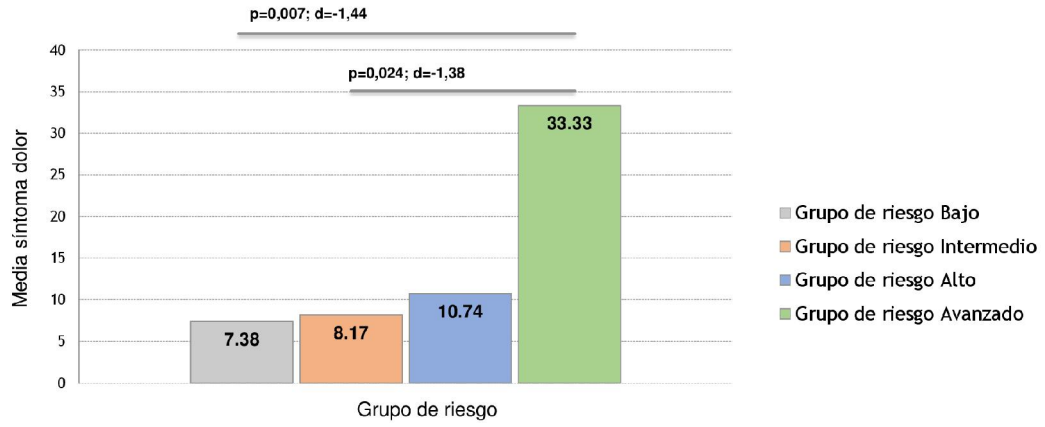
**Figura 10: Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



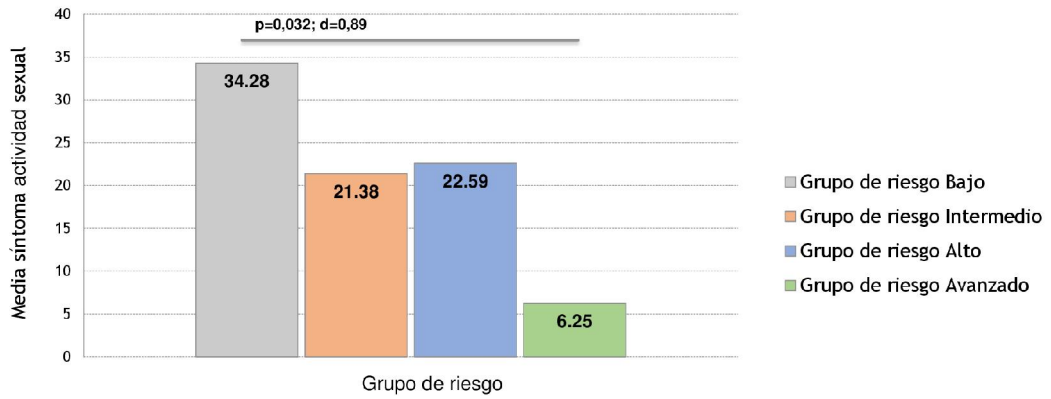
**Figura 11: Síntoma Fatiga - Puntuaciones medias en la escala síntoma fatiga (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



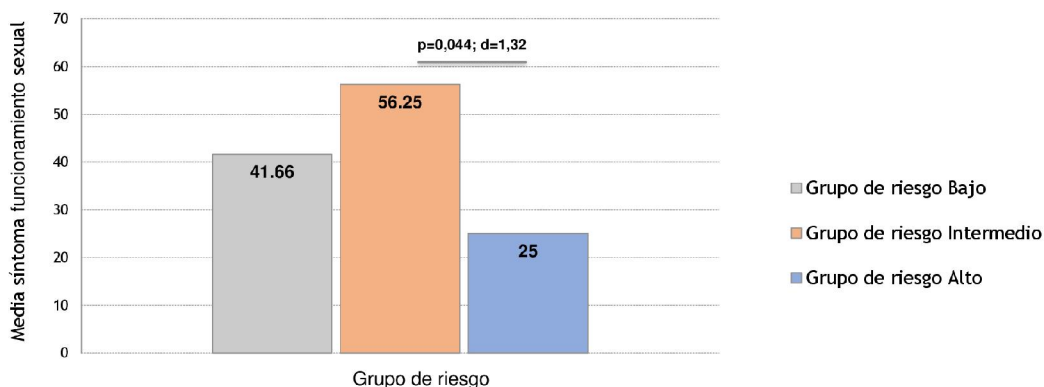
**Figura 12: Síntoma Dolor - Puntuaciones medias en la escala síntoma dolor (EORTC QLQ-C30), en función del grupo de riesgo.**



**Figura 13: Síntoma Actividad Sexual - Puntuaciones medias en la escala síntoma actividad sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del grupo de riesgo.**



**Figura 14: Síntoma Funcionamiento Sexual - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del grupo de riesgo.**



En segundo lugar, existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de si el tipo de tratamiento es local, combinado o sistémico. Así, los resultados indican que los hombres que reciben tratamientos sistémicos presentan significativamente peor puntuación total y peor funcionamiento físico que los que reciben tratamientos locales, además de presentar significativamente más deteriorado el funcionamiento de rol y social que aquellos que son intervenidos bien con algún tratamiento local o bien con uno combinado.

En cuanto a la sintomatología específica del cáncer de próstata los que reciben tratamientos combinados padecen estadísticamente más dificultades hormonales que las intervenciones locales; además estos últimos son los que tienen significativamente mejor actividad sexual, habiendo diferencias significativas con los otros dos grupos, los tratados con tratamientos combinados o con tratamientos sistémicos (tabla 14 y figuras 15-20).

Por último, existen diferencias significativas en la calidad de vida de estos pacientes en función del tipo de tratamiento específico que se esté utilizando. Así, los pacientes que reciben tratamientos hormonales tienen peor puntuación total que los intervenidos con prostatectomía. Por otro lado, también estos mismos pacientes con tratamientos hormonales puntúan significativamente peor en el funcionamiento físico que los intervenidos con prostatectomía o terapias radioterápicas. Además, la escala de funcionamiento de rol se ve más deteriorada en los hombres con tratamiento hormonal, habiendo diferencias significativas en esta ocasión con respecto al resto de los tratamientos: la prostatectomía, las terapias radioterápicas y el tratamiento combinado. Y son los sujetos con tratamiento hormonal los que más deteriorados tienen el funcionamiento social, aunque en esta ocasión las diferencias significativas se producen entre las terapias radioterápicas y el tratamiento combinado.

En la sintomatología específica del cáncer de próstata, los que son intervenidos con prostatectomía son los que están más afectados por los síntomas urinarios habiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a las terapias radioterápicas. Los hombres con tratamientos combinados presentan significativamente más problemas hormonales que los intervenidos con prostatectomía y radioterapia. Para terminar, son los hombres con terapias de radiación los que mejor actividad sexual tienen, siendo significativamente mejor con respecto a los tratamientos combinados y hormonales, además los hombres intervenidos con prostatectomía también presentan significativamente mejor actividad sexual que los que reciben tratamiento hormonal (tabla 15 y figuras 21-27).

No existen diferencias significativas en la calidad de vida en función de la variable clínica fase de supervivencia.

Tabla 14: Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del tipo de tratamiento general, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen.

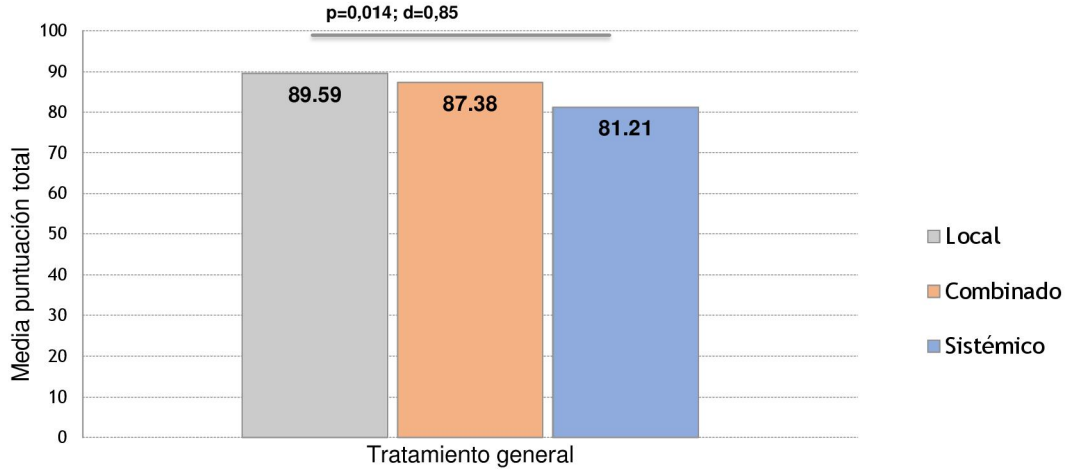
Escalas / Ítems	Tratamiento general			Estadísticos		
	Local (L) n=85	Combinado (C) n=64	Sistémico (S) n=27			
<b>EORTC QLQ-C30</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
<b>Escala puntuación total</b>	89,59 (8,42)	87,38 (10,81)	81,21 (13,43)	0,018	L-S (0,85)	<b>0,014</b>
<b>Escala global de salud</b>	77,45 (16,25)	77,73 (17,31)	72,22 (20,01)	0,459		
<b>Escalas funcionales</b>						
Funcionamiento físico	92,54 (13,38)	88,43 (17,50)	75,55 (28,28)	0,004	L-S (0,93)	<b>0,004</b>
Funcionamiento de rol	90,98 (22,05)	89,32 (24,55)	66,04 (42,74)	0,002	L-S (0,87) C-S (0,74)	<b>0,002</b> <b>0,008</b>
Funcionamiento emocional	78,72 (27,50)	78,77 (20,67)	72,22 (26,95)	0,241		
Funcionamiento cognitivo	81,56 (25,84)	80,46 (28,41)	77,77 (26,95)	0,692		
Funcionamiento social	93,52 (16,07)	90,62 (21,99)	77,16 (30,01)	0,006	L-S (0,80) C-S (0,54)	<b>0,005</b> <b>0,023</b>

Escalas / Ítems	Tratamiento general			Estadísticos		
	Local (L) n=85	Combinado (C) n=64	Sistémico (S) n=27			
EORTC QLQ-C30	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	K-W (p)	d	D-B (p)
<b>Escala de síntomas</b>						
Fatiga	10,32 (15,97)	15,62 (24,78)	24,69 (30,08)	0,075		
Náuseas/vómitos	1,37 (8,21)	1,56 (6,45)	1,23 (6,41)	0,730		
Dolor	6,07 (13,57)	10,41 (17,18)	19,13 (28,00)	0,026	L-S	NS
Disnea	5,49 (15,29)	5,20 (14,81)	7,40 (21,35)	0,951		
Insomnio	21,96 (33,15)	25,52 (35,50)	24,69 (32,80)	0,804		
Pérdida apetito	5,09 (16,67)	4,68 (16,65)	6,17 (18,57)	0,952		
Estreñimiento	13,33 (26,82)	15,62 (29,07)	19,75 (32,36)	0,585		
Diarrea	9,01 (22,64)	13,02 (26,30)	9,87 (24,13)	0,557		
Dificultades financieras	2,35 (10,01)	0 (0)	4,93 (20,05)	0,117		

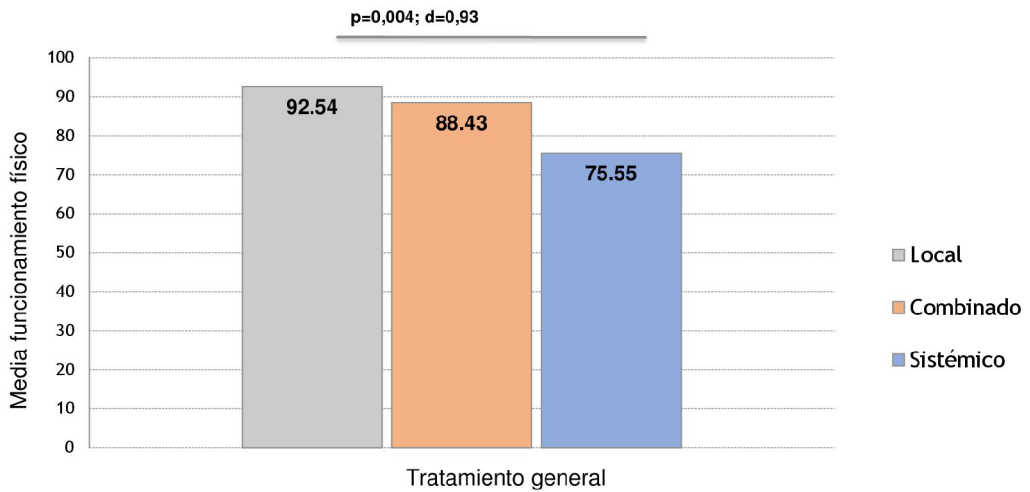
Escala	Tratamiento general			Estadísticos		
	Local (L) n=85	Combinado (C) n=64	Sistémico (S) n=27			
<b>EORTC QLQ-PR25</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntomas urinarios	22,20 (18,57)	21,48 (13,44)	27,16 (20,29)	0,454		
Escala síntomas intestinales	2,25 (5,36)	5,59 (9,62)	6,79 (11,33)	0,021	L-C	<b>NS</b>
Escala síntomas hormonales	9,21 (9,25)	16,75 (12,42)	15,84 (14,09)	<0,001	L-C (-0,70)	<b>&lt;0,001</b>
Escala síntomas actividad sexual	35,68 (32,34)	19,27 (24,88)	12,34 (20,97)	<0,001	L-S (0,77) L-C (0,56)	<b>0,001</b> <b>0,004</b>
	Local (L) n=33	Combinado (C) n=10	Sistémico (S) n=3			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntomas función sexual	38,88 (22,69)	52,50 (20,80)	55,55 (45,89)	0,191		
	Local (L) n=18	Combinado (C) n=6	Sistémico (S) n=6			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Prenda incontinencia urinaria	22,22 (30,24)	16,66 (40,82)	27,77 (44,30)	0,697		

DT: Desviación Típica; K-W: Kruskal Wallis; d: Índice de Cohen; D-B: Dunn-Bonferroni; NS: No significativo.

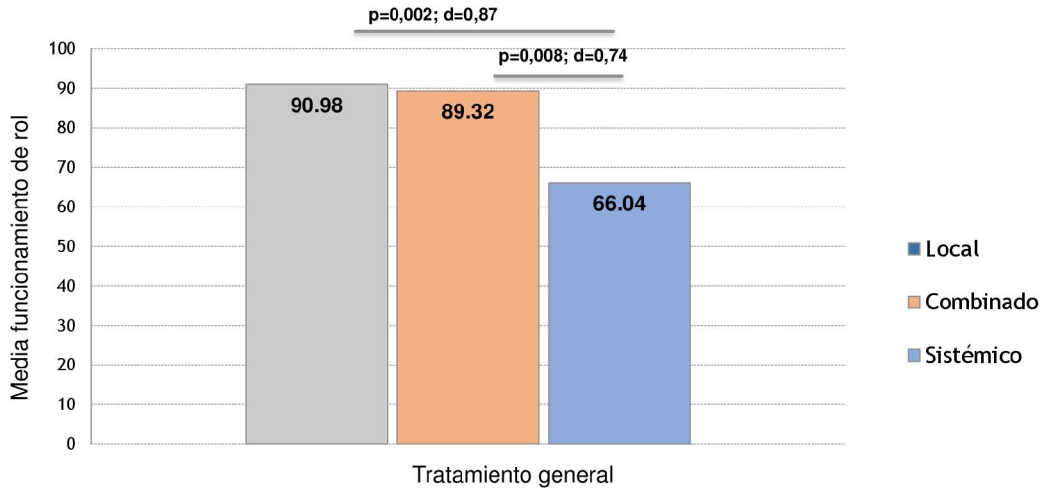
**Figura 15: Puntuación Total – Puntuaciones medias en la escala puntuación total (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general.**



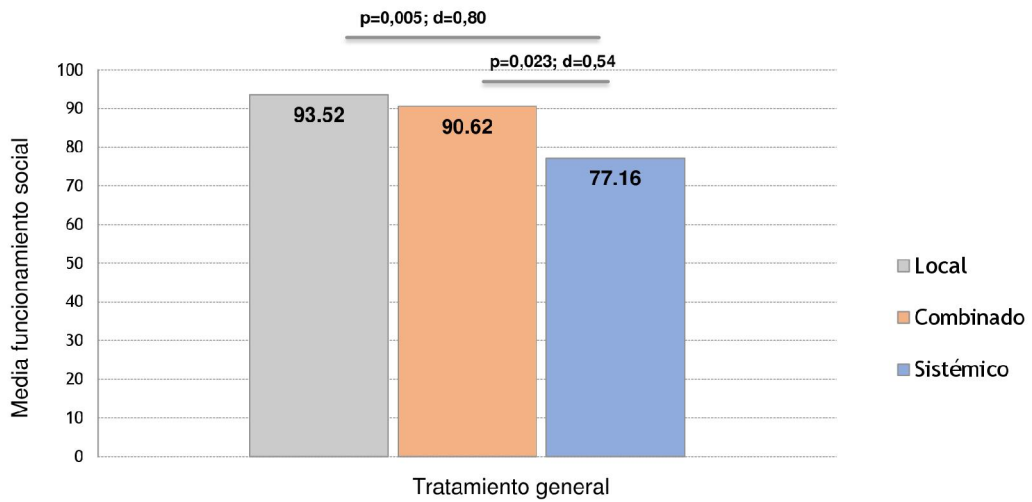
**Figura 16: Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30), en función del tratamiento general.**



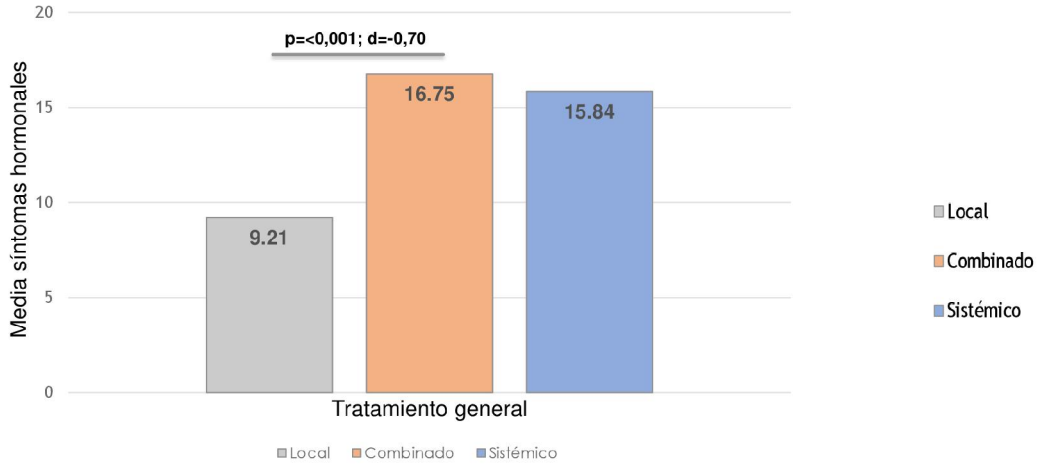
**Figura 17: Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento de rol (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento general.**



**Figura 18: Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento general.**



**Figura 19: Síntomas Hormonales - Puntuaciones medias en la escala síntomas hormonales (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento general.**



**Figura 20: Síntoma Actividad Sexual - Puntuaciones medias en la escala síntoma actividad sexual (EORTC QLQ-PR25), en función del tratamiento general.**

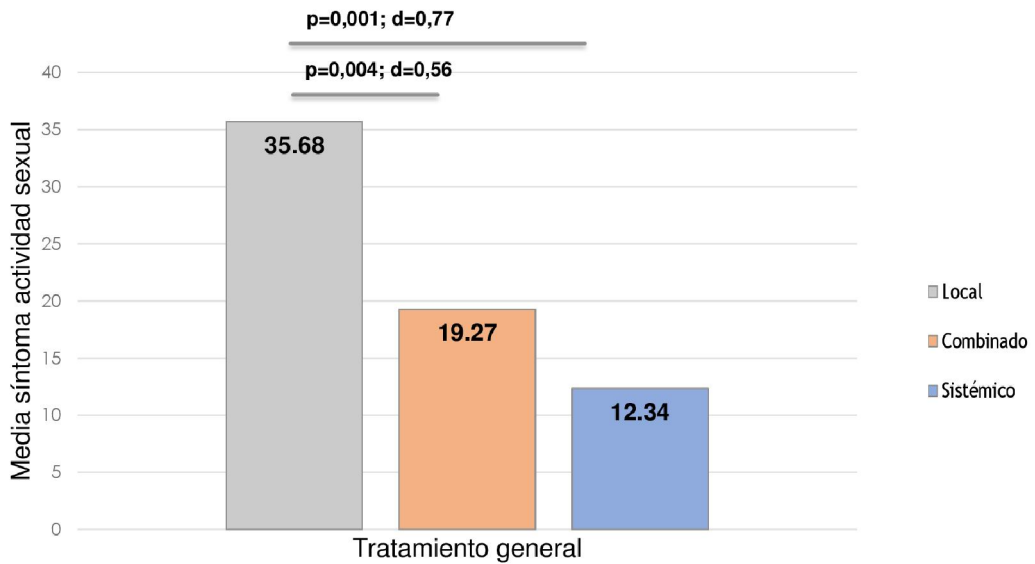


Tabla 15: Calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25) en función del tipo de tratamiento específico, resultado de Kruskal-Wallis y d de Cohen.

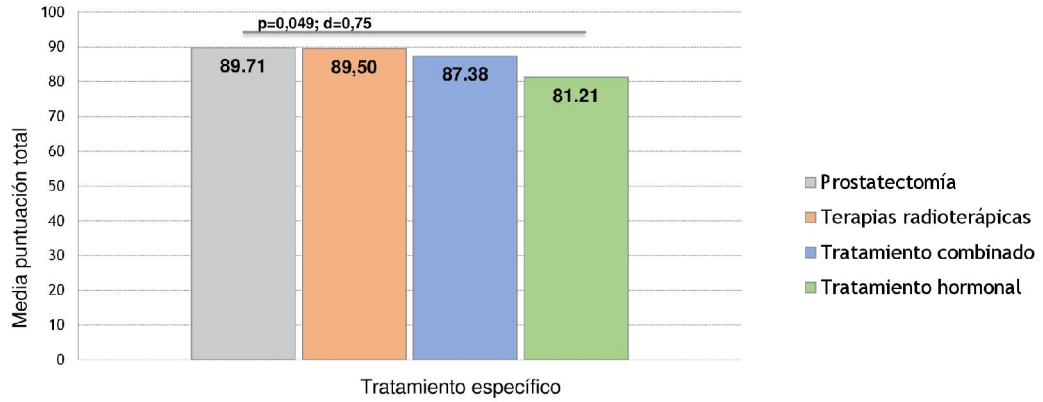
Escalas/Ítems	Tratamiento específico				Estadísticos		
	PR n=34	TRP n=51	TC n=64	TH n=27			
<b>EORTC QLQ-C30</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
<b>Escala puntuación total</b>	89,71 (9,12)	89,50 (8,01)	87,38 (10,81)	81,21 (13,43)	0,041	PR/TH (0,75)	<b>0,049</b>
<b>Escala global de salud</b>	78,18 (20,10)	76,96 (13,29)	77,73 (17,31)	72,22 (20,01)	0,455		
<b>Escalas funcionales</b>							
Funcionamiento físico	93,33 (12,92)	92,02 (13,79)	88,43 (17,50)	75,55 (28,28)	0,012	PR/TH (0,83) TRP/TH (0,82)	<b>0,023</b> <b>0,023</b>
Funcionamiento de rol	87,25 (27,54)	93,46 (17,34)	89,32 (24,55)	66,04 (42,73)	0,006	PR/TH (0,60) TRP/TH (0,95) TC/TH (0,74)	<b>0,046</b> <b>0,004</b> <b>0,016</b>
Funcionamiento emocional	78,67 (29,09)	78,75 (26,68)	78,77 (20,67)	72,22 (26,95)	0,412		
Funcionamiento cognitivo	81,37 (25,87)	81,69 (26,08)	80,46 (28,41)	77,77 (26,95)	0,860		
Funcionamiento social	89,70 (20,52)	96,07 (11,82)	90,62 (21,99)	77,16 (30,01)	0,009	TRP/TH (0,94) TC/TH (0,54)	<b>0,005</b> <b>0,046</b>

Escalas/Ítems	Tratamiento específico				Estadísticos		
	PR n=34	TRP n=51	TC n=64	TH n=27			
EORTC QLQ-C30	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	K-W (p)	d	D-B (p)
<b>Escalas síntomas</b>							
Fatiga	10,13 (15,31)	10,45 (16,54)	15,62 (24,78)	24,69 (30,08)	0,159		
Náuseas/vómitos	2,45 (11,70)	0,65 (4,66)	1,56 (6,45)	1,23 (6,41)	0,717		
Dolor	5,39 (11,40)	6,53 (14,93)	10,41 (17,18)	19,13 (28,00)	0,063		
Disnea	3,92 (10,90)	6,53 (17,66)	5,20 (14,81)	7,40 (21,35)	0,974		
Insomnio	20,58 (27,23)	22,87 (36,81)	25,52 (35,50)	24,69 (32,80)	0,923		
Pérdida apetito	5,88 (17,35)	4,57 (16,35)	4,68 (16,65)	6,17 (18,57)	0,977		
Estreñimiento	6,86 (13,68)	17,64 (32,21)	15,62 (29,07)	19,75 (32,36)	0,565		
Diarrea	8,82 (26,34)	9,15 (20,08)	13,02 (26,30)	9,87 (24,13)	0,639		
Dificultades financieras	3,92 (10,90)	1,30 (9,33)	0 (0)	4,93 (20,05)	0,027	PR/TC (0,21)	<b>0,031</b>

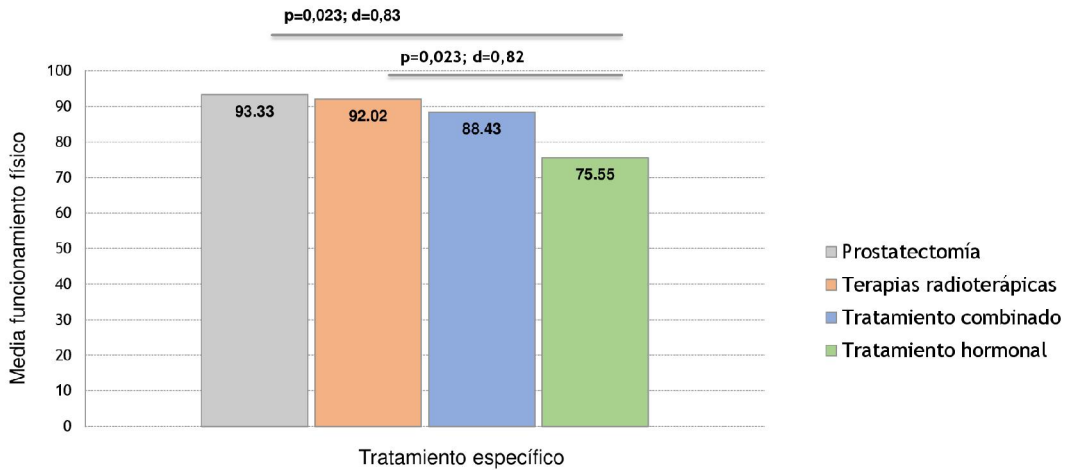
Escala	Tratamiento específico				Estadísticos		
	PR n=34	TRP n=51	TC n=64	TH n=27			
<b>EORTC QLQ-PR25</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntomas urinarios	29,77 (21,07)	17,15 (14,87)	21,48 (13,44)	27,16 (20,29)	0,013	PR/TRP (0,71)	<b>0,015</b>
Escala síntomas intestinales	1,22 (4,17)	2,94 (5,96)	5,59 (9,62)	6,79 (11,33)	0,022	PR/TC (-0,53)	<b>0,040</b>
Escala síntomas hormonales	8,33 (8,67)	9,80 (9,66)	16,75 (12,42)	15,84 (14,09)	0,001	PR/TC (-0,74) TRP/TC (-0,61)	<b>0,003</b> <b>0,009</b>
Escala síntoma actividad sexual	32,35 (32,29)	37,90 (32,50)	19,27 (24,88)	12,34 (20,97)	<0,001	PR/TH (0,71) TRP/TC (0,65) TRP/TH (0,87)	<b>0,034</b> <b>0,009</b> <b>0,001</b>
	PR n=6	TRP n=27	TC n=10	TH n=3			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Escala síntoma función sexual	43,05 (31,36)	37,96 (20,97)	52,50 (20,80)	55,55 (45,89)	0,320		
	PR n=14	TRP n=4	TC n=6	TH n=6			
	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>Media (DT)</b>	<b>K-W (p)</b>	<b>d</b>	<b>D-B (p)</b>
Prenda incontinencia urinaria	26,19 (32,49)	8,33 (16,66)	16,66 (40,82)	27,77 (44,30)	0,655		

PR: Prostatectomía; TRP: Terapias Radioterápicas; TC: Tratamiento Combinado; TH: Tratamiento Hormonal  
DT: Desviación Típica; K-W: Kruskal Wallis; d: Índice d Cohen; D-B: Dunn-Bonferroni.

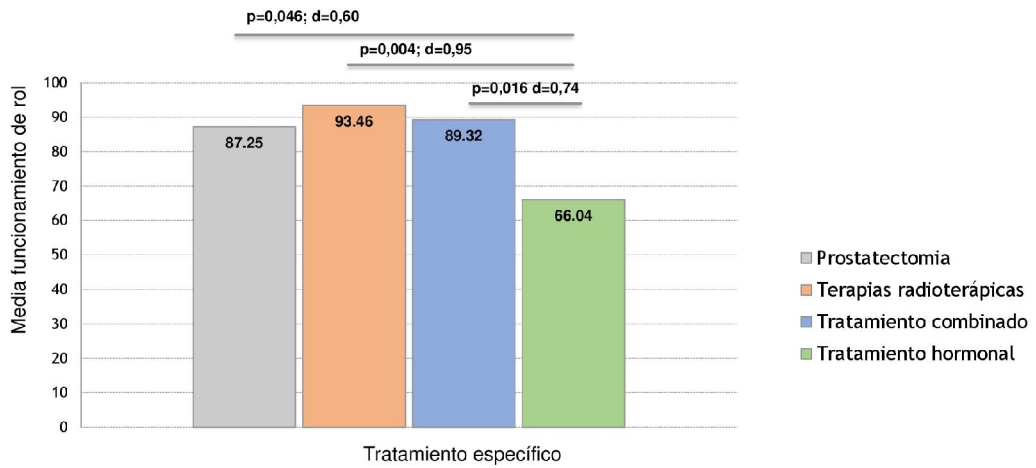
**Figura 21: Puntuación Total – Puntuaciones medias en la escala puntuación total (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento específico.**



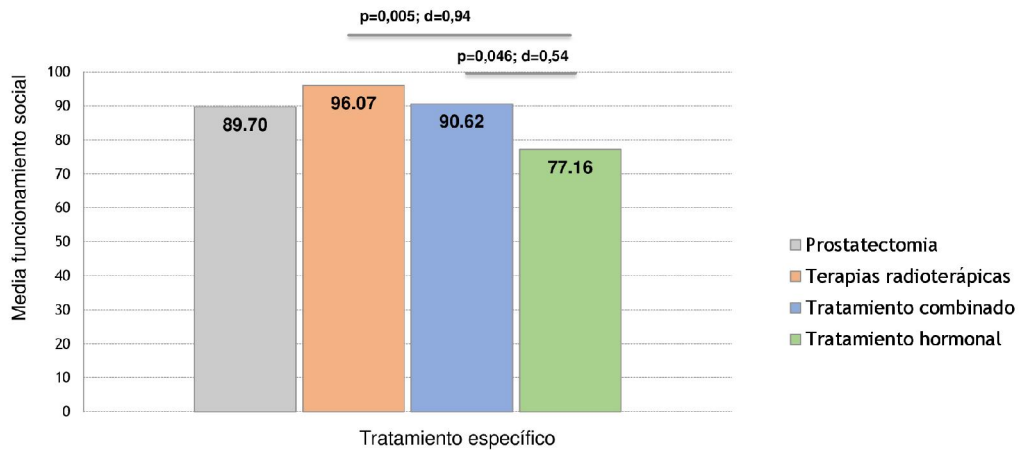
**Figura 22: Funcionamiento Físico - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento físico (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento específico.**



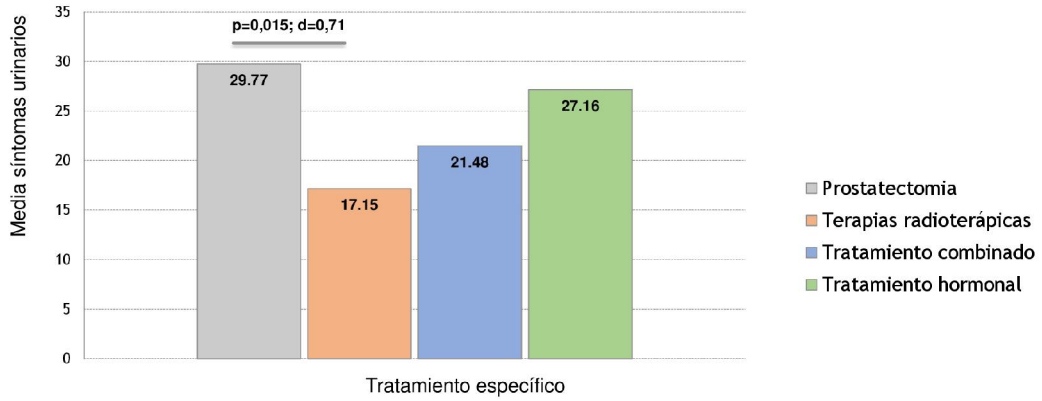
**Figura 23: Funcionamiento de Rol - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento de rol (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento específico.**



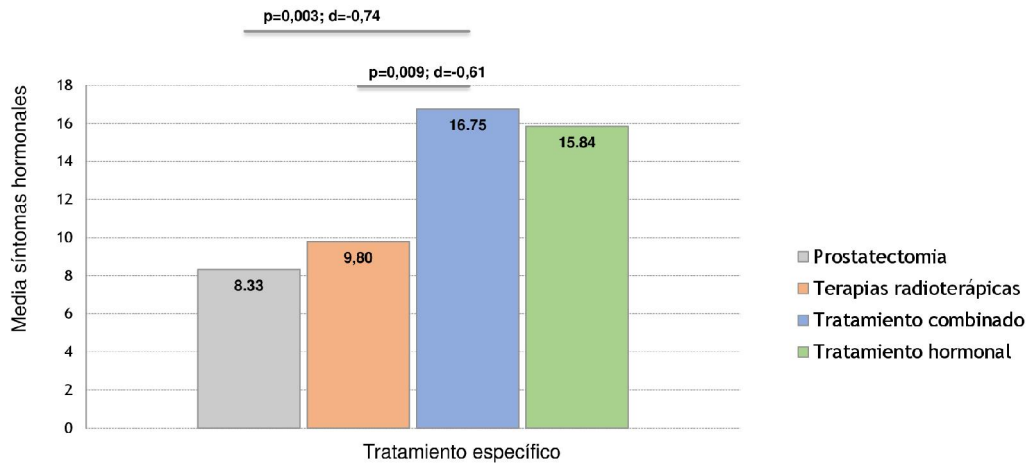
**Figura 24: Funcionamiento Social - Puntuaciones medias en la escala funcionamiento social (EORTC QLQ-C30) en función del tratamiento específico.**



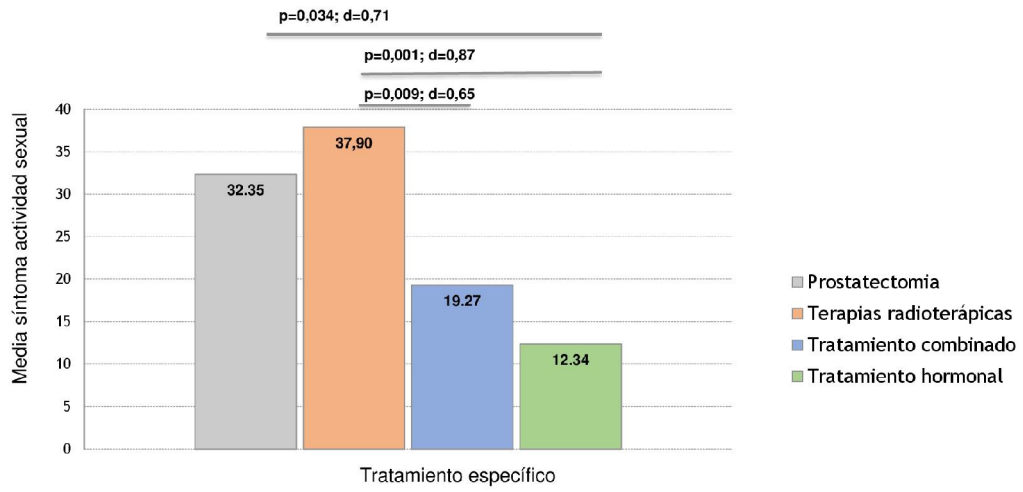
**Figura 25: Síntomas Urinarios - Puntuaciones medias en la escala síntomas urinarios (EORTC QLQ-PR25) en función del tratamiento específico.**



**Figura 26: Síntomas Hormonales - Puntuaciones medias en la escala síntomas hormonales (EORTC QLQ-PR25) en función del tratamiento específico.**



**Figura 27: Síntoma Actividad sexual - Puntuaciones medias en la escala actividad sexual (EORTC QLQ-PR25) en función del tratamiento específico.**



### **11.2.3. VARIABLE INFORMACIÓN RECIBIDA**

Para comprobar la asociación entre las diferentes escalas de la calidad de vida y las de la información se llevó a cabo la correlación de Pearson, en este análisis se pueden observar relaciones significativas entre varias de las escalas de la calidad de vida y la información, aunque estas relaciones son débiles. Se comentan a continuación aquellas asociaciones  $\geq 0,20$ ; éstas y el resto pueden observarse en la tabla 16.

Así, los hombres que reciben más información sobre la enfermedad tienen menos sintomatología urinaria; los que reciben más información acerca de las pruebas médicas tienen mejor funcionamiento de rol, social, mejor actividad sexual y menos problemas financieros y urinarios.

En cuanto a los que reciben más información sobre los tratamientos presentan mejor calidad de vida total, además de un mejor funcionamiento físico, de rol y social y menos sintomatología urinaria. Los hombres que reciben más información acerca de otros servicios o sobre lugares de cuidado son aquellos que tienen peor funcionamiento sexual.

Por otro lado, los que están más satisfechos con la información recibida tienen mejor calidad de vida total, mejor funcionamiento emocional y social y menos sintomatología urinaria, intestinal y hormonal y los que consideran que esa información les ha sido más útil tienen menos problemas urinarios y hormonales.

Por último, los hombres que desean recibir más información acerca de alguna de las áreas son aquellos que tienen peor calidad de vida total, además de peor estado global de salud, funcionamiento de rol y social y padecen más problemas urinarios.

**Tabla 16: Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del cuestionario de información (EORTC QLQ-INFO25) y las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25).**

EORTC QLQ-C30 / EORTC QLQ-INFO25	Puntuación global	Enfermedad	Pruebas médicas	Tratamientos	Otros servicios	Lugares cuidado	Autocuidado	Info. escrita	Info. CD	Satisfacción	Más info.	Menos info.	Utilidad
<b>Escala puntuación total</b>	0,11	0,10	0,17*	<b>0,25**</b>	-0,05	-0,06	0,05	0,02	0,04	<b>0,23**</b>	<b>-0,23**</b>	-0,01	0,13
<b>Escala global de salud</b>	0,09	0,02	0,15*	0,14*	-0,03	0,08	0,05	-0,02	0,01	0,13	<b>-0,22**</b>	0,01	0,12
<b>Escalas funcionales</b>													
Físico	0,18*	0,07	0,15*	<b>0,29**</b>	0,04	0,05	0,07	-0,07	0,06	0,17*	-0,18*	-0,01	0,13
Rol	0,09	0,04	<b>0,20**</b>	<b>0,31**</b>	-0,01	-0,04	-0,02	-0,05	0,05	0,15*	<b>-0,29**</b>	-0,04	0,11
Emocional	0,07	-0,01	0,12	0,13	-0,08	-0,04	0,06	-0,01	-0,01	<b>0,20*</b>	-0,19**	0,08	0,08
Cognitivo	0,01	0,03	0,02	0,08	0,03	0,04	0,02	0,13	0,07	0,07	-0,02	-0,15*	0,13
Social	0,15*	0,14	<b>0,21**</b>	<b>0,29**</b>	0,02	-0,03	0,04	0,01	0,05	<b>0,23**</b>	<b>-0,25**</b>	-0,04	0,17*
<b>Escalas síntomas</b>													
Fatiga	-0,04	0,01	-0,02	-0,14	0,03	0,01	-0,13	-0,03	-0,04	-0,08	0,07	-0,02	-0,02
Náuseas	-0,01	-0,06	-0,12	-0,01	0,02	0,01	0,01	-0,03	-0,02	-0,05	0,01	0,17*	0,03
Dolor	0,01	0,01	-0,06	-0,04	-0,01	0,05	0,01	0,01	0,09	-0,05	0,15*	-0,07	0,02

EORTC QLQ-PR25 /EORTC-QLQ INFO25	Puntuación global	Enfermedad	Pruebas médicas	Tratamientos	Otros Servicios	Lugares cuidado	Autocuidado	Info. escrita	Info. CD	Satisfacción	Más info.	Menos info.	Utilidad
Disnea	0,09	0,01	0,02	-0,02	-0,1	0,01	0,01	-0,08	-0,03	0,01	0,11	0,04	0,04
Insomnio	-0,06	-0,11	-0,03	-0,09	0,06	-0,05	0,05	0,01	0,08	-0,08	0,05	-0,04	-0,01
Pérdida de apetito	-0,07	-0,09	-0,07	-0,04	-0,05	0,07	-0,12	-0,04	-0,03	-0,13	0,06	-0,04	-0,06
Estreñimiento	-0,02	-0,05	-0,01	-0,01	0,14*	0,11	0,01	0,04	-0,05	0,01	-0,07	-0,07	0,01
Diarrea	-0,03	-0,04	-0,07	-0,02	0,1	0,13	-0,04	-0,06	-0,04	-0,18*	0,06	0,01	-0,11
Dificultades financieras	0,17*	-0,03	<b>-0,25**</b>	-0,16*	-0,01	-0,05	-0,02	0,01	-0,01	-0,18*	0,10	-0,20	-0,19*
Urinarios	-0,11	<b>-0,21**</b>	<b>-0,24**</b>	<b>-0,28**</b>	0,03	0,08	0,05	-0,12	0,04	<b>-0,32**</b>	<b>0,30**</b>	0,09	<b>-0,23**</b>
Intestinales	-0,18*	-0,05	-0,06	-0,08	0,03	-0,04	-0,08	0,06	0,01	<b>-0,23**</b>	0,01	0,11	-0,19**
Hormonales	-0,11	-0,17*	-0,15*	-0,15*	0,01	-0,01	-0,01	-0,05	-0,04	<b>-0,20**</b>	0,18*	0,06	<b>-0,21**</b>
Actividad sexual	0,16*	0,11	<b>0,21**</b>	0,19**	0,12	0,01	0,01	-0,03	-0,03	0,08	-0,13	-0,04	0,14
Funcionamiento sexual	-0,08	0,22	-0,01	0,18	<b>-0,31*</b>	<b>-0,34*</b>	-0,22	0,01	-0,11	-0,06	-0,11	0,01	0,01
Uso de prenda urinaria	0,05	-0,06	-0,02	0,19	0,29	0,08	0,25	-0,08	0,01	-0,26	0,01	-0,01	-0,06

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

## 12. ANÁLISIS DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN -

### 12.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CUESTIONARIOS

En la tabla 17 se describen los datos de la muestra en relación a los cuestionario BAI y BDI-II. De los 176 individuos analizados, el 2,84% presentaron ansiedad clínica y el 11,36% depresión. Por lo tanto, el trastorno depresivo es más frecuente que el trastorno de ansiedad, además todos los hombres que padecen ansiedad clínica tienen asociado también un trastorno depresivo.

Las puntuaciones totales tanto en el inventario de ansiedad como en el de depresión en general son bajas. La puntuación máxima obtenida y la media global en el inventario de depresión son superiores a las obtenidas en el inventario de ansiedad (41 vs. 35).

Tabla 17: Datos de los cuestionarios de ansiedad (BAI) y depresión (BDI-II).

Variables	Punto de corte	n	%
<b>Ansiedad</b>	21	5	2,84%
<b>Depresión</b>	21	20	11,36%

Inventarios	Media (DT)	Rango	Intervalo de confianza (95%)
<b>BAI</b>	6,34 (6,30)	0-35	5,40-7,27
<b>BDI-II</b>	7,85 (8,56)	0-41	6,57-9,12

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II.  
DT: Desviación Típica.

Basándonos en la bibliografía clínica se consideró que la persona padecía síntomas de ansiedad o de depresión clínica a partir de 21 puntos, bien en el inventario de ansiedad, bien en el de depresión.

## **12.2. VARIABLES ASOCIADAS A LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN**

En este apartado se evalúa si las variables independientes seleccionadas influyen en la ansiedad y depresión de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata.

### **12.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

#### *12.2.1.1. EDAD, NIVEL ACADÉMICO, SITUACIÓN LABORAL Y PAREJA*

Según los resultados obtenidos en el análisis de correlación de Pearson, la edad no influye de manera significativa en padecer ansiedad o depresión en los hombres con cáncer de próstata (tabla 18).

**Tabla 18: Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y la variable sociodemográfica "edad".**

Inventarios	Edad	p
<b>BAI</b>	-0,01	0,952
<b>BDI-II</b>	0,03	0,635

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.

Tampoco existen diferencias significativas al realizar Kruskal-Wallis o t Student, según el caso, en el resto de las variables sociodemográficas: nivel académico, situación laboral o tener pareja y padecer ansiedad o depresión (tablas 19-21).

**Tabla 19: Ansiedad y depresión en función de la variable sociodemográfica “nivel de estudios”, resultado de la prueba Kruskal-Wallis y d de Cohen.**

Inventarios	Nivel de estudios			Estadísticos
	Básicos n=110	Secundarios n=41	Superiores n=25	
	<u>Media (DT)</u>	<u>Media (DT)</u>	<u>Media (DT)</u>	<u>K-W (p)</u>
<b>BAI</b>	6,53 (6,59)	5,49 (5,01)	6,88 (6,94)	0,836
<b>BDI-II</b>	7,87 (8,29)	6,37 (7,17)	10,16 (11,27)	0,396

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.  
DT: Desviación típica; K-W: Kruskal-Wallis.

**Tabla 20: Ansiedad y depresión en función de la variable sociodemográfica “situación laboral”, resultado de la prueba Kruskal-Wallis y d de Cohen.**

Inventarios	Situación laboral			Estadísticos
	Baja n=12	Activo n=31	Jubilado n=133	
	<u>Media (DT)</u>	<u>Media (DT)</u>	<u>Media (DT)</u>	<u>K-W (p)</u>
<b>BAI</b>	7,92 (7,12)	6,06 (6,47)	6,26 (6,21)	0,681
<b>BDI-II</b>	10,58 (8,58)	6,97 (8,86)	7,80 (8,50)	0,399

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.  
DT: Desviación típica; K-W: Kruskal-Wallis.

**Tabla 21: Ansiedad y depresión en función de la variable sociodemográfica “tener pareja”, resultado de la t de Student.**

Inventarios	Tener pareja		Estadísticos	
	SÍ n=144	NO n=32	t	p
	<u>Media (DT)</u>	<u>Media (DT)</u>		
<b>BAI</b>	6,21 (6,08)	6,91 (7,29)	0,56	0,572
<b>BDI-II</b>	7,53 (8,29)	9,28 (9,69)	1,04	0,296

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.  
DT: Desviación típica.

## 12.2.2. VARIABLES CLÍNICAS

### 12.2.2.1. GRUPO DE RIESGO, TIPO DE TRATAMIENTO GENERAL Y ESPECÍFICO Y FASE DE SUPERVIVENCIA

Para llevar a cabo el análisis de estos resultados se realizó la prueba de Kruskal Wallis con prueba *post hoc* Dunn-Bonferroni de las variables clínicas grupo de riesgo y tipo de tratamiento general y específico. Por otro lado, se calculó el ANOVA de un factor para comprobar si existían diferencias en la ansiedad y depresión en función de la fase de supervivencia.

En los hombres con cáncer de próstata no existen diferencias significativas a la hora de padecer ansiedad o depresión ni en función del grupo de riesgo, ni en función de la fase de supervivencia (tablas 22 y 23).

**Tabla 22: Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “grupo de riesgo”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis.**

Inventarios	Grupo de riesgo				Estadísticos
	Bajo n=70	Intermedio n=53	Alto n=45	Avanzado n=8	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	K-W (p)
<b>BAI</b>	5,36 (4,94)	6,40 (6,47)	6,89 (7,22)	11,38 (8,51)	0,260
<b>BDI-II</b>	5,97 (5,77)	7,79 (9,15)	9,53 (9,84)	15,13 (12,62)	0,110

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.  
DT: Desviación típica; K-W: Kruskal-Wallis.

**Tabla 23: Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “fase de supervivencia”; resultado de la ANOVA de un factor.**

Inventarios	Fase de supervivencia			Estadísticos	
	3-12 meses n=47	12-24 meses n=47	24-36 meses n=82		
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	F	Anova (p)
<b>BAI</b>	7,38 (6,94)	6,13 (5,82)	5,85 (6,18)	0,91	0,403
<b>BDI-II</b>	7,64 (7,68)	8,00 (8,27)	7,88 (9,27)	0,02	0,978

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II  
DT: Desviación típica.

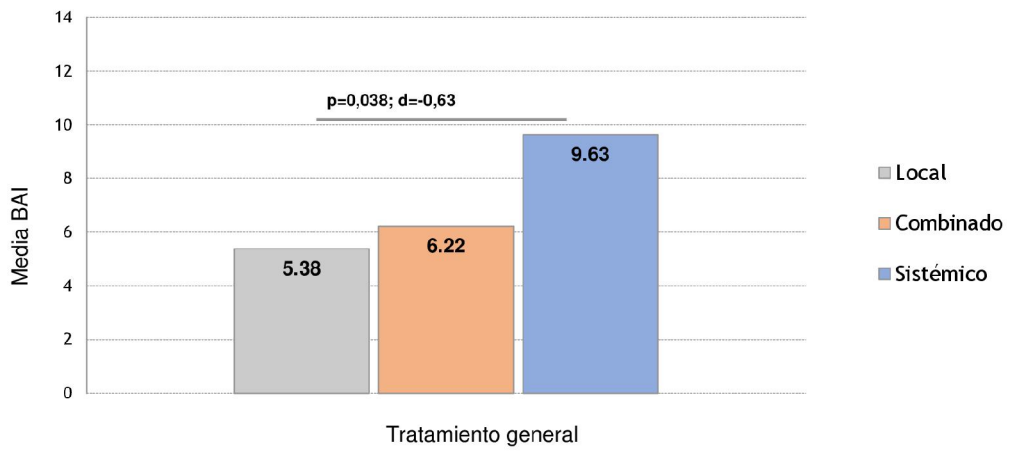
Sin embargo, existen diferencias en cuanto al tipo de tratamiento que esté recibiendo el sujeto. En primer lugar, los hombres que han recibido tratamientos sistémicos padecen mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con aquellos hombres que han recibido tratamientos locales (tabla 24; figuras 28 y 29).

**Tabla 24: Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “tratamiento general”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis.**

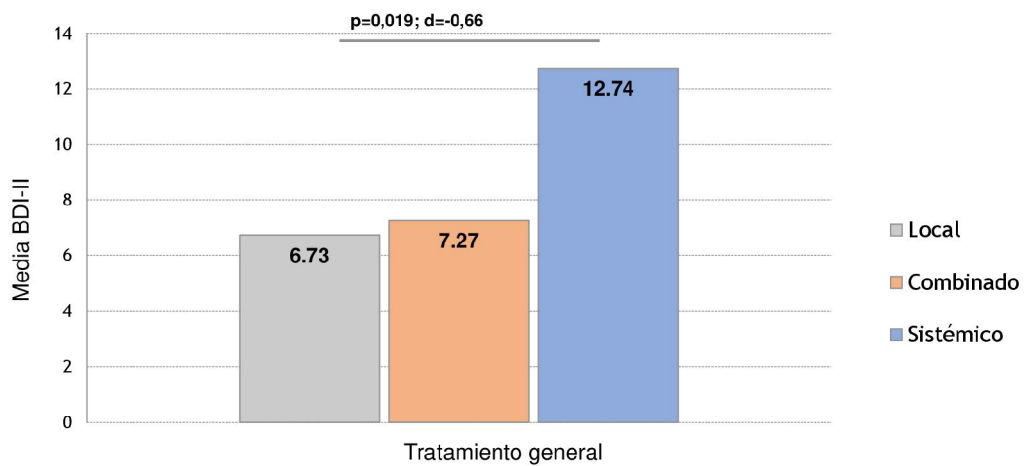
Inventarios	Tratamiento general			Estadísticos		
	Local n=85	Combinado n=64	Sistémico n=27			
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	K-W (p)	d	D-B (p)
<b>BAI</b>	5,38 (5,93)	6,22 (5,01)	9,63 (8,85)	0,028	L-S (-0,63)	<b>0,038</b>
<b>BDI-II</b>	6,73 (8,25)	7,27 (6,86)	12,74 (11,38)	0,023	L-S (-0,66)	<b>0,019</b>

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II  
DT: Desviación típica; d: Índice de Cohen; K-W: Kruskal-Wallis; D-B: Dunn-Bonferroni. -

**Figura 28: BAI – Puntuaciones medias del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en función del tratamiento general.**



**Figura 29: BDI-II – Puntuaciones medias del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), en función del tratamiento general.**



En segundo lugar, en cuanto a los tratamientos específicos, no existen diferencias significativas a la hora de padecer o no mayores niveles de depresión, pero los hombres que han sido tratados con tratamientos hormonales padecen más ansiedad que aquellos que han sido intervenidos mediante prostatectomía (tabla 25; figura 30).

**Tabla 25: Ansiedad y depresión en función de la variable clínica “tratamiento específico”, resultado de la prueba de Kruskal-Wallis.**

Inventarios	Tratamiento específico				Estadísticos		
	PR n=34	TRP n=51	TC n=64	TH n=27			
	<u>Media</u> <u>(DT)</u>	<u>Media</u> <u>(DT)</u>	<u>Media</u> <u>(DT)</u>	<u>Media</u> <u>(DT)</u>	<u>K-W</u> <u>(p)</u>	<u>d</u>	<u>D-B (p)</u>
<b>BAI</b>	4,62 (5,40)	5,88 (6,25)	6,22 (5,01)	9,63 (8,85)	0,042	PR/TH (-0,70)	<b>0,046</b>
<b>BDI-II</b>	6,79 (8,37)	6,69 (8,26)	7,27 (6,86)	12,74 (11,38)	0,057		

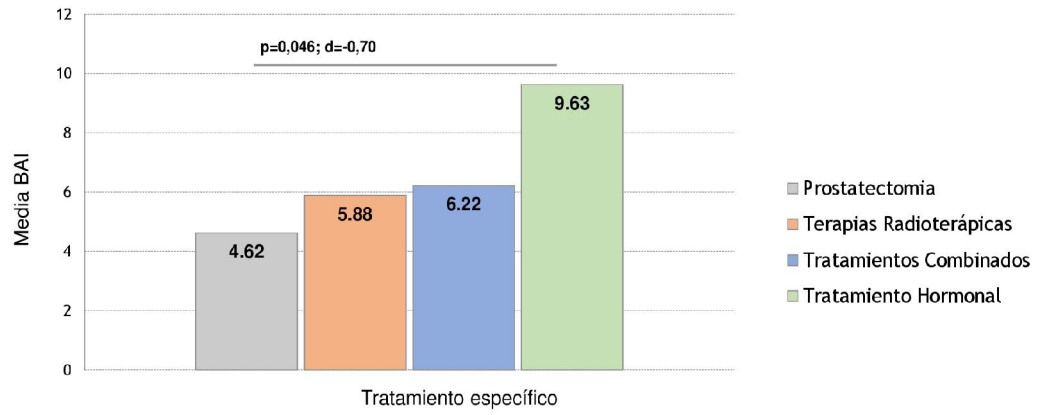
PR: Prostatectomía; TRP: Terapias Radioterápicas; TC: Tratamiento Combinado;

TH: Tratamiento Hormonal. -

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.

DT: Desviación típica; d: Índice de Cohen; K-W: Kruskal-Wallis; D-B: Dunn-Bonferroni. -

**Figura 30: BAI – Puntuaciones medias del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en función del tratamiento específico.**



### 12.2.3. VARIABLE INFORMACIÓN RECIBIDA

Los resultados de las correlaciones de Pearson, con asociaciones  $\geq 0,20$ , indican que los hombres que padecían menos niveles de ansiedad y depresión habían recibido más información sobre los tratamientos, estaban más satisfechos, la consideraban de más utilidad y no deseaban más información. Estas asociaciones aunque débiles son significativas (tabla 26).

**Tabla 26: Matriz de correlaciones entre las puntuaciones del cuestionario de información (EORTC QLQ INFO25) y las de los cuestionarios de ansiedad y depresión (BAI y BDI-II).**

EORTC QLQ-INFO25	BAI	BDI-II
<b>Puntuación global de la información</b>	-0,12	-0,13
<b>Escalas</b>		
Información sobre enfermedad	-0,10	-0,04
Información sobre pruebas médicas	-0,16*	-0,13
Información sobre tratamientos	<b>-0,24**</b>	<b>-0,22**</b>
Información sobre otros servicios	-0,03	-0,01
<b>Ítems individuales</b>		
Información sobre lugares de cuidado	0,05	-0,03
Información sobre autocuidado	-0,01	-0,09
Información escrita	-0,03	0,01
Información en CD	-0,02	-0,07
Satisfacción de la información	<b>-0,25**</b>	<b>-0,28**</b>
Más información	<b>0,29**</b>	<b>0,31**</b>
Menos información	-0,07	-0,04
Utilidad de la información	<b>-0,21**</b>	<b>-0,23**</b>

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.

\* Correlación significativa en el nivel 0,05 (2 colas). \*\* Correlación significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

## **13. ASOCIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN -**

La mayoría de las escalas de la calidad de vida global y específica del cáncer de próstata se asocian significativamente con la ansiedad y depresión. Se explican a continuación las asociaciones  $\geq 0,20$ . Todos los resultados pueden observarse en la tabla 27.

Los hombres que padecen más ansiedad son aquellos que peor calidad de vida total tienen, además de peor estado global de salud y funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social. Por otro lado, estos hombres que padecen más ansiedad presentan más fatiga, dolor, insomnio, diarrea y dificultades económicas. En cuanto a la sintomatología específica de cáncer de próstata los que presentan más problemas urinarios y hormonales son los que más ansiedad padecen.

De manera similar, aquellos hombres que se encuentran más deprimidos también puntúan peor en la escala total de la calidad de vida, además de en las otras escalas (global de salud, física, de rol, emocional, cognitiva y social). Así mismo, padecen más fatiga, dolor y dificultades económicas. En cuanto a la sintomatología específica en el cáncer de próstata, los hombres que están más deprimidos presentan más problemas urinarios, intestinales y hormonales.

**Tabla 27: Matriz de correlaciones entre las puntuaciones de cuestionarios de ansiedad y depresión (BAI y BDI-II) y las puntuaciones de calidad de vida (EORTC QLQ-C30 y PR25).**

<b>EORTC QLQ-C30</b>	<b>BAI</b>	<b>BDI-II</b>
<b>Escala puntuación total</b>	<b>-0,63**</b>	<b>-0,66**</b>
<b>Escala global de salud</b>	<b>-0,41**</b>	<b>-0,54**</b>
<b>Escalas funcionales</b>		
Funcionamiento físico	<b>-0,36**</b>	<b>-0,45**</b>
Funcionamiento de rol	<b>-0,40**</b>	<b>-0,54**</b>
Funcionamiento emocional	<b>-0,60**</b>	<b>-0,56**</b>
Funcionamiento cognitivo	<b>-0,37**</b>	<b>-0,40**</b>
Funcionamiento social	<b>-0,38**</b>	<b>-0,45**</b>
<b>Escala síntomas</b>		
Fatiga	<b>0,41**</b>	<b>0,50**</b>
Náuseas	0,05	-0,04
Dolor	<b>0,25**</b>	<b>0,24**</b>
Disnea	0,13	0,10
Insomnio	<b>0,23**</b>	0,19*
Pérdida de apetito	0,19**	0,13
Estreñimiento	0,06	0,09
Diarrea	<b>0,24**</b>	0,16*
Dificultades financieras	<b>0,21**</b>	<b>0,26**</b>

EORTC QLQ-PR25	BAI	BDI-II
<b>Escala síntomas</b>		
Urinarios	<b>0,39**</b>	<b>0,45**</b>
Intestinales	0,15*	<b>0,23**</b>
Hormonales	<b>0,25**</b>	<b>0,31**</b>
Actividad sexual	-0,08	-0,17*
Funcionamiento sexual	0,13	0,01
Uso de prenda urinaria	0,01	0,17

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck II.

\* Correlación significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

\*\* Correlación significativa en el nivel 0,01 (2 colas).



**DISCUSIÓN -**

---



El trabajo de esta tesis consta de tres partes diferenciadas:

- ❖ En primer lugar, se estudió la calidad de vida (general como la específica) en los hombres con cáncer de próstata y los efectos que diferentes variables tienen sobre ésta.
- ❖ En segundo lugar, se estudió el estado emocional (ansiedad y depresión) de estos hombres y los efectos que diferentes variables tenían sobre su sintomatología.
- ❖ En tercer y último lugar, se estudió la asociación entre la calidad de vida (general y específica) y la sintomatología ansiosa o depresiva en estos hombres.

### **Calidad de vida en los hombres con cáncer de próstata**

En relación a la calidad de vida, los resultados de la muestra global del cuestionario de calidad de vida general (EORTC QLQ-C30), indican que estos hombres tenían una calidad de vida media, con una funcionalidad adecuada en todas las áreas, siendo la más afectada la función emocional.

Además, la sintomatología producida por los tratamientos o la enfermedad es baja, presentando sobre todo dificultades en el insomnio, el estreñimiento y la fatiga. Nuestros resultados coinciden en su mayoría con los datos de referencia del EORTC QLQ-C30, en los que se concluía que la calidad de vida global de los pacientes con cáncer de próstata era media, con una funcionalidad satisfactoria, con mayor afectación en el área emocional, y con una sintomatología baja, aunque algo superior a la obtenida en nuestros resultados y en la que estaban afectados sobre todo el insomnio, la fatiga y, a diferencia de nosotros, en lugar del estreñimiento, el dolor (Scott et al., 2008).

Por otro lado, también obtenemos resultados muy similares a los del estudio de validación, tanto internacional como en muestra española, del cuestionario específico del cáncer de próstata, EORTC QLQ-PR25. Así, como ocurre en nuestro estudio la sintomatología específica se manifiesta moderadamente, siendo el área sexual la más afectada, seguida por la sintomatología urinaria (van Andel et al., 2008) y, en la validación en muestra española, cuyos resultados se obtienen al mes de haber terminado el tratamiento de radioterapia o combinado, los resultados son similares en todas las áreas a los nuestros, aunque nuestra población puntúa algo más alto en la actividad sexual pero menos en el área de funcionamiento sexual (Arraras et al., 2009).

*Efecto de las diferentes variables sociodemográficas en la calidad de vida general y específica en los hombres con cáncer de próstata*

En cuanto al efecto que las variables sociodemográficas (nivel académico, situación laboral y tener pareja) pueden producir en la calidad de vida, en nuestro caso no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de ellas y, en la variable sociodemográfica “edad”, sólo encontramos diferencias en la escala de la actividad sexual. Esto coincide con el estudio de Mickevičienė et al. (2012), en los que tampoco encontraron diferencias significativas en estas variables, salvo en el nivel académico en cuyo su caso los hombres con menos nivel educativo tenían mejor calidad de vida. Esta discrepancia puede deberse a que la frecuencia de los sujetos en el anterior estudio para cada nivel educativo (primario, secundario o superior) era similar en los tres grupos y, en nuestro caso, más de la mitad de la población pertenece al nivel académico básico.

Un estudio más reciente concluyó que tanto la enfermedad como los tratamientos producen un impacto importante en todas las dimensiones de la calidad de vida (principalmente en el funcionamiento

físico y la fatiga) existiendo diferencias en función de la edad, aunque éstas no eran significativas (Dąbrowska-Bender et al., 2015).

*Efecto de las diferentes variables clínicas en la calidad de vida general y específica en los hombres con cáncer de próstata*

❖ Grupo de riesgo

Con respecto a las variables clínicas, en primer lugar se han encontrado diferencias significativas en la calidad de vida de nuestro grupo de pacientes en función del grupo de riesgo, siendo los del grupo de riesgo avanzado los que han manifestado tener peor funcionamiento físico, de rol y social que el resto de los grupos. Además, son estos mismos pacientes los que tienen peor calidad de vida total y su estado global de salud es más bajo que el de los demás.

Nuestros resultados son similares a los obtenidos hasta el momento por otros autores, cuyas conclusiones indican que las puntuaciones más altas en la calidad de vida la obtenían los pacientes en estadio I o con cáncer de próstata localizado (grupo de riesgo bajo), y las puntuaciones más bajas correspondían a los hombres en estadio IV o cáncer de próstata metastásico (Kutwin, Konecki, Jabłonowski, Wolski & Sosnowski, 2016; Vanagas, Mickeviciene & Ulys, 2013).

Otros estudios relacionados con este tema, también han concluido que la fase en la que se encuentra la enfermedad es uno de los predictores de riesgo en la calidad de vida y que son los sujetos con enfermedad más avanzada los más deteriorada la tienen (Eton & Lepore, 2002; Mickevičienė et al., 2012; Torvinen et al., 2013).

Teniendo en cuenta la calidad de vida en sus escalas funcionales (física, de rol, emocional, cognitiva y social); en el estudio de Vanagas et al. (2013), se especifica que los hombres con enfermedades avanzadas

son los que presentan significativamente peor funcionamiento emocional y social. En este caso observamos que en el área emocional nuestros pacientes no presentan diferencias significativas, si bien es cierto que son los que más deteriorada la tienen. Si se observan las medias de las puntuaciones en los diferentes subgrupos, en ambos estudios son parecidas, aunque en nuestro estudio la diferencia entre el grupo de riesgo bajo y avanzando no es tan elevada como en el estudio anterior. Esto puede ser debido a que la frecuencia de nuestro grupo de riesgo avanzado no es muy elevada, ya que en nuestro país se detecta precozmente esta enfermedad.

Por otro lado, en el estudio de Vanagas et al. (2013), no se utiliza la prueba de contraste *post hoc* Dunn-Bonferroni no especificando por tanto entre qué parejas se presentan estas diferencias significativas.

#### ❖ Tratamientos generales y específicos recibidos

En segundo lugar, y siguiendo con las variables clínicas, también encontramos diferencias significativas en la calidad de vida en función de los tratamientos recibidos. Así, los pacientes con tratamientos hormonales son los que tienen más afectada su calidad de vida presentando el deterioro sobre todo en el funcionamiento físico, de rol y social, coincidiendo con las conclusiones de otras investigaciones que indican que a pesar de que la calidad de vida de estos pacientes se reduce significativamente con los tratamientos oncológicos, el deterioro se produce con mayor probabilidad durante el tratamiento hormonal, asociándose además a un mayor malestar emocional (Chipperfield et al., 2013; Couper et al., 2009; Fosså et al., 2016).

En relación con la sintomatología específica del cáncer de próstata en nuestros pacientes, entre los tratamientos locales, la prostatectomía es la que más afecta al área urinaria, los tratamientos hormonales y combinados a la aparición de la sintomatología hormonal e intestinal.

Por otro lado, la prostatectomía y la terapia hormonal limitan la actividad sexual más que la terapia radioterápica o combinada, si bien no hay diferencias en cuanto al funcionamiento sexual entre los diferentes tratamientos y en todos aparecen puntuaciones bajas en las diferentes fases de supervivencia. Esto coincide con estudios anteriores que indican que de los tratamientos locales, la prostatectomía es la que produce, en los supervivientes de cáncer de próstata, una mayor sintomatología urinaria y un mayor deterioro del funcionamiento sexual, aunque en cualquiera de los tratamientos se produce un deterioro del área sexual (Nicolaisen et al., 2014; Shinohara et al., 2013).

De igual manera, las revisiones sistemáticas realizadas sobre calidad de vida y los tratamientos en cáncer de próstata indican que los pacientes sometidos a prostatectomía presentan además de una mayor disfunción sexual, también una mayor sintomatología urinaria que los hombres que se someten a terapias radioterápicas, aunque éstas últimas presentan más síntomas irritantes en la micción y una mayor sintomatología intestinal (Penson, 2000; Penson & Litwin, 2003).

Estas últimas diferencias con respecto a nuestros resultados probablemente se deben al avance de los tratamientos en la última década, tratamientos cada vez más conservadores y con los que se trata de generar los menos síntomas adversos posibles.

#### *Efecto de la variable información recibida en la calidad de vida general y específica en los hombres con cáncer de próstata*

Como consideramos que una información adecuada puede ayudar en la adaptación del paciente a estos cambios, evaluamos la asociación entre las escalas de la información y las escalas de la calidad de vida. Aunque es difícil conocer el grado óptimo de información necesaria para cada paciente, en nuestro estudio las puntuaciones en las escalas son bajas e incluso alguna la podemos considerar deficitaria, como ocurre en

la escala de información sobre otros servicios o con los ítems individuales referentes a otros lugares de cuidado, pautas de autocuidado e información en CD.

Al comparar nuestros resultados con los datos de referencia que se realizan en muestra española, se pueden observar que en ambos estudios las puntuaciones no son en general muy altas aunque existen diferencias. Así, la puntuación global del test en ambos es baja y las puntuaciones de las escalas sobre la enfermedad, pruebas médicas y tratamiento son medias, aunque algo superior en el estudio de referencia a excepción de la escala “información sobre los tratamientos”. La escala “otros servicios” es baja en ambos estudios aunque en el nuestro se obtiene una puntuación muy baja, al igual que en el ítem “sobre lugares de cuidado”. En ambos estudios la satisfacción y la utilidad de la información es aceptable. También coinciden estos resultados con los obtenidos en los datos de referencia internacionales (Arraras et al., 2010, 2011b).

Estos resultados se corresponden con los obtenidos en investigaciones recientes que concluyen que existe un porcentaje elevado de pacientes presentan carencias en la información recibida y/o no están satisfechos con la información recibida (Lamers et al., 2016; Majumder, Brandberg, Johansson, Nilsson & Bergenmar, 2014).

Es llamativo que, tanto en nuestro estudio como en los realizados anteriormente, las puntuaciones de los ítems relativos a “información sobre otros servicios”, “pautas de autocuidado”, y “otros lugares de cuidado” sean tan bajas, pudiendo ser debido a la falta de disponibilidad de dichos recursos o que sean los propios profesionales sanitarios los que no la consideren importante (Arraras et al., 2011b; Majumder et al., 2014). En cualquier caso, se considera que estas son áreas en las que se debería trabajar para mejorar la información, mejorando por tanto la atención a estos hombres.

Así mismo, las investigaciones coinciden en que existe una asociación entre dotar de una información adecuada y la calidad de vida, asociación que además parece ser que es bidireccional. Es decir, la satisfacción de la información recibida ayuda a que los pacientes se adapten mejor a los cambios producidos, y por tanto puntúen más alto en la calidad de vida y, por otro lado, puntuaciones más altas en la calidad de vida influyen también en cómo el paciente recibe la información (Davies et al., 2008; Majumder et al., 2014).

En nuestro estudio se confirman estos datos, ya que las personas más satisfechas con la información puntuaron mejor en las escalas funcionales de calidad de vida y presentaron menos sintomatología producida por la enfermedad o los tratamientos, sobre todo en la sintomatología urinaria. El hecho de tener puntuaciones tan bajas en el cuestionario de la información puede ser una de las razones por las que a pesar de tener asociaciones significativas, estas sean débiles.

### **Estado emocional en los hombres con cáncer de próstata**

Aparte de la calidad de vida, también se evaluó el estado emocional de ansiedad y depresión de los hombres con cáncer de próstata. Nuestros resultados de la muestra global del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) indican que las puntuaciones en ambos cuestionarios son bajas y, aunque la media global no indica ni ansiedad ni depresión clínica, la depresión es más elevada y aparece con más frecuencia. Estos resultados probablemente se deben a que la mayoría de nuestros hombres se encontraban en grupo de riesgo bajo, con tratamientos locales, en fase de supervivencia entre 24-36 meses y con poca sintomatología debida a los tratamientos o la enfermedad. Así tal como indican otros autores, los hombres diagnosticados de cáncer de próstata se suelen adaptar bien psicológicamente tras la cirugía (Köhler et al., 2014); o la braquiterapia no

contribuye a aumentar el riesgo de que estos hombres padezcan más sintomatología depresiva (Jongkamp et al., 2012).

Anteriormente, Namiki et al. (2007) concluyeron que los pacientes sometidos a prostatectomía o radioterapia externa experimentaron bajos niveles de angustia psicológica después del tratamiento, aunque aquellos que padecían síntomas urinarios e intestinales tendían a padecer un mayor malestar emocional.

En cuanto a la fase de supervivencia en la que se encuentre el hombre, Korfage, Essink-Bot, Janssens, Schröder y de Koning (2006) observaron que a partir de los 6 meses de seguimiento se producía una mejoría estadísticamente significativa en el bienestar emocional.

Sin embargo, no pueden ser olvidados o minimizados, por parte de los profesionales estudios recientes que indican que, a pesar de que, en general, los hombres con cáncer de próstata pasado un tiempo desde el fin del tratamiento local no presentan problemas psicológicos graves, hay una minoría de supervivientes que padecen importantes problemas físicos y psicosociales que requieren de una intervención adicional (Watson et al., 2016), existiendo el riesgo adicional de que es muy probable que no busquen ayuda para cubrir las necesidades no satisfechas, siendo especialmente vulnerables los hombres con edad avanzada, estudios inferiores y depresión previa (Hyde et al., 2016).

O por otro lado, a pesar del buen ajuste psicológico, entre el 8 y el 20% de estos hombres podrían beneficiarse de una intervención desde salud mental (Köhler et al., 2014)

---

*Efecto de las variables sociodemográficas en el estado emocional de los hombres con cáncer de próstata*

A la hora de evaluar si las variables sociodemográficas (edad, nivel académico, situación laboral y tener pareja) influyen en el estado emocional de nuestros pacientes, nuestros resultados indican que no se producen diferencias significativas en ninguna de estas variables seleccionadas. Nuestros resultados se asemejan a los obtenidos por Sharpley, Bitsika y Christie (2013), en cuya investigación de la misma manera no se obtuvo ninguna asociación significativa en las diferentes variables sociodemográficas en la sintomatología depresiva

Sin embargo, existen otros estudios que encuentran diferencias significativas en función de variables como la edad, vivir en pareja o los recursos económicos a la hora de padecer una mayor sintomatología ansiosa o depresiva (Lintz et al., 2003; Prasad et al., 2014; Weiss Wiesel et al., 2015). Las discrepancias entre estos estudios y nuestros resultados pueden deberse a las características sociodemográficas de nuestra muestra, ya que la mayoría de nuestros hombres tienen edades superiores a 65 años, son jubilados, casados y sin dificultades económicas.

*Efecto de las variables clínicas en el estado emocional de los hombres con cáncer de próstata*

❖ Grupo de riesgo, tratamientos generales y específicos recibidos

En cuanto a las variables clínicas, al igual que en el estudio de Prasad et al. (2014) no encontramos diferencias significativas en función de lo avanzada que esté la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Sin embargo, hemos encontrado diferencias en función del tratamiento al que esté siendo sometido el paciente. Así, como ocurre en

otros estudios, los hombres que están recibiendo tratamientos sistémicos o tratamientos hormonales padecen mayores niveles de ansiedad y/o depresión que el resto de los tratamientos (Chipperfield et al., 2013; Couper et al., 2009; Dinh et al., 2016).

### *Efecto de la variable calidad de la información recibida en el estado emocional de los hombres con cáncer de próstata*

Tal y como defendía Mello, Tan, Armstrong, Sanford Schwartz y Hornik (2013), pensamos que la información es un factor importante en el bienestar emocional de nuestros pacientes. Así, nosotros hemos constatado que los hombres que han recibido más información con respecto a los tratamientos, están más satisfechos y les ha resultado más útil padecen menos síntomas de ansiedad y depresión. Además, los hombres más informados sobre las pruebas médicas tienen menos ansiedad.

De la misma manera, en el estudio de Mello et al. (2013), se incide en la importancia que tiene la información y la comunicación médico-paciente en la mejoría de los síntomas relacionados con el malestar emocional, siempre que esta comunicación se lleve a cabo de una manera adecuada. Además, y tal como concluyó en su estudio los pacientes que han recibido la información adecuada de su médico comentan más fácilmente las necesidades emocionales que puedan tener y por tanto se puede intervenir para cubrirlas.

### **Asociación entre la calidad de vida general y específica y el estado emocional de los hombres con cáncer de próstata**

Por último, en nuestra investigación la mayoría de las escalas de la calidad de vida se asocian significativamente con los síntomas de ansiedad y depresión, coincidiendo con investigaciones previas que

concluyen como nosotros que los hombres que padecen más síntomas de ansiedad o depresión padecen más sintomatología urinaria, intestinal, hormonal o sexual y presentan más fatiga, dolor, insomnio o dificultades financieras (De Sousa et al., 2012; Punnen et al., 2013; Sharp et al., 2016).

A la vista de todos estos resultados, nuestro estudio indica que los hombres con cáncer de próstata en general tienen una calidad de vida media y una adecuada funcionalidad, siendo la más baja la función emocional; además la sintomatología, tanto general como específica del cáncer de próstata, es baja.

Los hombres que tienen grupo de riesgo avanzado y/o se encuentran en tratamiento hormonal son los que presentan más deteriorada la calidad de vida, excepto en la sintomatología urinaria y la sintomatología hormonal, más afectadas por la prostatectomía y los tratamientos combinados, respectivamente.

La información en general es deficitaria, afectando sobre todo a los hombres que padecen síntomas urinarios. Existen asociaciones entre diferentes escalas de la calidad de vida y la información, aunque estas son débiles debido probablemente a las puntuaciones tan bajas obtenidas en la información.

Con respecto al estado emocional, nuestros hombres en general tienen un buen estado emocional, siendo más prevalente y elevada la sintomatología depresiva. Los hombres que reciben tratamientos sistémicos u hormonales padecen mayores niveles de ansiedad y/o depresión que el resto de los tratamientos. Por otro lado, se han encontrado asociaciones significativas entre diferentes escalas de la información y padecer síntomas de ansiedad o depresión.

Por último, los hombres con más síntomas de ansiedad o depresión padecen una mayor sintomatología urinaria, intestinal, hormonal o sexual, además de sufrir más fatiga, dolor, insomnio o dificultades financieras.

**CONCLUSIONES -**

---



Teniendo en cuenta los resultados previamente mostrados, se comentan a continuación las conclusiones de la investigación.

Como en apartados anteriores, en primer lugar, se comentan las conclusiones de la calidad de vida general y específica y, en segundo lugar, las referentes a la sintomatología de ansiedad y/o depresión. Por último, se exponen las conclusiones obtenidas a través del cuestionario de la calidad de la información.

1. La calidad de vida general de los hombres con cáncer de próstata de esta población es satisfactoria, estando más afectado el funcionamiento emocional.
2. La sintomatología común en las enfermedades oncológicas es baja, apareciendo sobre todo el insomnio, el estreñimiento y la fatiga.
3. La sintomatología específica del cáncer de próstata es más bien baja. Los síntomas que más afectan a estos individuos son los síntomas urinarios y los relacionados con la actividad sexual.
4. Los pacientes en grupo de riesgo avanzado, con tratamientos sistémicos y/o tratamientos hormonales son la población más vulnerable a padecer un deterioro en la calidad de vida general y específica.
5. Los pacientes en grupo de riesgo avanzado son los que presentan peor calidad de vida, estado global de salud y peor funcionamiento físico, de rol y social, además de tener peor actividad sexual, padecer más fatiga y dolor.

6. Los pacientes que reciben tratamientos sistémicos presentan peor calidad de vida, además de un peor funcionamiento físico y social.
7. Los pacientes intervenidos con tratamientos locales tienen mejor actividad sexual.
8. El grupo que recibe tratamientos hormonales presenta peor calidad de vida, peor funcionamiento físico de rol y social y tienen más deteriorada la actividad sexual.
9. La prostatectomía es el tratamiento que más molestias urinarias produce.
10. Los hombres que padecen más sintomatología urinaria tienen una información más deficitaria y desearían recibir una información más completa.
11. La sintomatología de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer de próstata es baja y es más frecuente que aparezcan los síntomas depresivos.
12. Los pacientes con tratamientos sistémicos u hormonales son los más vulnerables a padecer sintomatología de ansiedad o depresión.
13. Los pacientes que padecen más síntomas de ansiedad y depresión habrían recibido información más deficitaria sobre los tratamientos, no estaban satisfechos, ni la consideraban útil y deseaban recibir más información.
14. Los hombres que padecen más síntomas de ansiedad tienen peor calidad de vida y funcionamiento emocional.

15. Los hombres que padecen más síntomas de depresión tienen peor calidad de vida y estado global de salud. Además, presentan peor funcionamiento de rol, emocional y más fatiga.

16. La información debe mejorar porque es deficitaria.

17. La mayoría de los hombres apenas reciben información acerca de “otros servicios”, “lugares de cuidado” y “pautas de autocuidado”.



## **RECOMENDACIONES CLÍNICAS -**



Con los resultados obtenidos en esta investigación, teniendo en cuenta las conclusiones que se extraen de ella, y además de la bibliografía existente hasta el momento, creemos que sería de especial interés llevar a cabo los programas e intervenciones que se comentan a continuación:

- ❖ Establecer un protocolo de derivación al servicio de psicooncología con el objetivo de llevar a cabo una evaluación específica, principalmente en los pacientes con grupo de riesgo alto o avanzado, o con tratamientos sistémicos u hormonales.
- ❖ Tratamientos interdisciplinarios específicos para la población más vulnerable.
- ❖ Necesidad de incorporar programas de asesoramiento, educación y terapia sexual.
- ❖ Incorporar un programa de ejercicio de fuerza específico para mejorar el funcionamiento urinario, sexual y la calidad de vida de estos pacientes.
- ❖ Formación en habilidades de comunicación al profesional sanitario.
- ❖ Elaboración de dípticos o trípticos de información sobre aspectos comunes en el proceso del cáncer de próstata (aspectos sobre el autocuidado, existencia de grupo de autoayuda, asociaciones,...).
- ❖ Introducción de un instrumento de cribado rápido para detectar el malestar emocional y las necesidades de los pacientes, como el termómetro emocional.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



**A -**

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, *85*, 365-376.
- Albaugh, J., y Hacker, E. D. (2008). Measurement of quality of life in men with prostate cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *12*, 81-86. doi: 10.1188/08.CJON.81-86
- American Cancer Society. (2017). Tratamiento del cáncer de próstata. [Acceso 1 de junio de 2017]. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/tratamiento.html>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Edición. Editorial. Médica Paramericana.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Barcelona, España: Ariel.
- Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., y Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Quality of Life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, *11*, 249-256. doi: 10.1002/pon.555

- Arraras, J. I., Greimel, E., Chie, W.-C., Sezer, O., Bergenmar, M., Costantini, A., ... European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. (2011a). Information disclosure to cancer patients: EORTC QLQ-INFO25 questionnaire. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11, 281-286. doi:10.1586/erp.11.29
- Arraras, J. I., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W.-C., Bergenmar, M., Costantini, A., ... Velikova, G. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 46, 2726-2738. doi:10.1016/j.ejca.2010.06.118
- Arraras, J. I., Kuljanic-Vlasic, K., Bjordal, K., Yun, Y. H., Efficace, F., Holzner, B., ... EORTC Quality of Life Group. (2007). EORTC QLQ-INFO26: a questionnaire to assess information given to cancer patients a preliminary analysis in eight countries. *Psycho-Oncology*, 16, 249-254. doi:10.1002/pon.1047
- Arraras, J. I., Manterola, A., Hernández, B., Arias de la Vega, F., Martínez, M., Vila, M., ... Domínguez, M. Á. (2011b). The EORTC information questionnaire, EORTC QLQ-INFO25. Validation study for Spanish patients. *Clinical & Translational Oncology*, 13, 401-410. doi:10.1007/s12094-011-0674-1
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterola, A., y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1, 87-98.
- Arraras, J. I., Villafranca, E., Vega, F. A. de la, Romero, P., Rico, M., Vila, M., ... Martínez, M. (2009). The EORTC Quality of Life Questionnaire for patients with prostate cancer: EORTC QLQ-PR25. Validation study for Spanish patients. *Clinical and Translational Oncology*, 11, 160-164. doi:10.1007/S12094-009-0332-z

Attard, G., Parker, C., Eeles, R. A., Schröder, F., Tomlins, S. A., Tannock, I., ... de Bono, J. S. (2016). Prostate cancer. *The Lancet*, *387*, 70-82. doi:10.1016/S0140-6736(14)61947-4

## B

Bagnardi, V., Blangiardo, M., Vecchia, C. L., y Corrao, G. (2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, *85*, 1700-1705. doi:10.1054/bjoc.2001.2140

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., y Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, *5*, 302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302

Bailey, S. J. V., y Brewster, S. F. (2011). Prostate cancer: to screen or not to screen. *Archivos Españoles De Urología*, *64*, 406-418.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.

Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española: Sanz, J.)*. Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J. y Vázquez, C.)*. Madrid: Pearson Educación.

- Berges, R. R., Vukanovic, J., Epstein, J. I., CarMichel, M., Cisek, L., Johnson, D. E., ... Isaacs, J. T. (1995). Implication of cell kinetic changes during the progression of human prostatic cancer. *Clinical Cancer Research*, *1*, 473-480.
- Bernat, J. K., Skolarus, T. A., Hawley, S. T., Haggstrom, D. A., Darwish-Yassine, M., y Wittmann, D. A. (2016). Negative information-seeking experiences of long-term prostate cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, *10*, 1089-1095. doi:10.1007/s11764-016-0552-5
- Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, P. M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D., ... Kaasa, S. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group. *European Journal of Cancer*, *3*, 1796-1807.
- Bray, F., Ren, J.-S., Masuyer, E., y Ferlay, J. (2013). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, *132*, 1133-1145. doi:10.1002/ijc.27711
- Brown, V. A., Parker, P. A., Furber, L., y Thomas, A. L. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news - the experience of a UK Cancer Centre: Patient preferences for the delivery of bad news. *European Journal of Cancer Care*, *20*, 56-61. doi:org/10.1111/j.1365-2354.2009.01156.x

**C**

- Cabardillo, J. A. (1998). Cáncer de próstata avanzado. *Información Terapéutica Sistema Nacional Salud*, 22, 33-43.
- Cao, Y., y Ma, J. (2011). Body-mass index, prostate cancer-specific mortality and biochemical recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Prevention Research*, 4, 486-501. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-10-0229
- Carter, B. S., Bova, G. S., Beaty, T. H., Steinberg, G. D., Childs, B., Isaacs, W. B., y Walsh, P. C. (1993). Hereditary prostate cancer: epidemiologic and clinical features. *The Journal of Urology*, 150, 797-802.
- Castells, X., Sala, M., Ascunce, N., Salas, D., Zubizarreta R., Casamitjana M., coordinadores. (2007). Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Catalona, W. J., Richie, J. P., Ahmann, F. R., Hudson, M. A., Scardino, P. T., Flanigan, R. C., ... Dalkin, B. L. (1994). Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trial of 6,630 men. *The Journal of Urology*, 151, 1283-1290.
- Cayuela, A., Cayuela, L., Ruiz-Romero, M. V., Rodríguez-Domínguez, S., Lendínez-Cano, G., y Bachiller-Burgos, J. (2015). ¿Ha dejado de disminuir la mortalidad por cáncer de próstata en España? *Actas Urológicas Españolas*, 39, 612-619. doi:10.1016/j.acuro.2015.06.001

- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, *11*, 570-579. doi:10.1200/JCO.1993.11.3.570
- Chipperfield, K., Fletcher, J., Millar, J., Brooker, J., Smith, R., Frydenberg, M., y Burney, S. (2013). Predictors of depression, anxiety and quality of life in patients with prostate cancer receiving androgen deprivation therapy. *Psycho-Oncology*, *22*, 2169-2176. doi:10.1002/pon.3269
- Colloca, G., y Colloca, P. (2016). The Effects of social support on health-related quality of life of patients with metastatic prostate cancer. *Journal of Cancer Education*, *31*, 244-252. doi:10.1007/s13187-015-0884-2
- Couper, J. W., Love, A. W., Dunai, J. V., Duchesne, G. M., Bloch, S., Costello, A. J., y Kissane, D. W. (2009). The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. *The Medical Journal of Australia*, *190*(7 Suppl), S86-89.
- Cuyppers, M., Lamers, R. E. D., de Vries, M., Husson, O., Kil, P. J. M., y van de Poll-Franse, L. V. (2016). Prostate cancer survivors with a passive role preference in treatment decision-making are less satisfied with information received: Results from the PROFILES registry. *Urologic Oncology*, *34*, e11-e18. doi:10.1016/j.urolonc.2016.06.015
- Cuyppers, M., Lamers, R. E. D., Kil, P. J. M., van de Poll-Franse, L. V., y de Vries, M. (2015). Impact of a web-based treatment decision aid for early-stage prostate cancer on shared decision-making and health outcomes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *16*, 1-10. doi:10.1186/s13063-015-0750-x

**D**

- Dąbrowska-Bender, M., Słoniewski, R., Religioni, U., Juszczak, G., Słoniewska, A., y Staniszevska, A. (2015). Analysis of quality of life subjective perception by patients treated for prostate cancer with the EORTC QLQ-C30 Questionnaire and QLQ-PR25 Module. *Journal of Cancer Education*, 30, 1-7.-doi:10.1007/s13187-015-0954-5
- Davies, N. J., Kinman, G., Thomas, R. J., y Bailey, T. (2008). Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: implications for quality of life. *Psycho-Oncology*, 17, 1048-1052. doi:10.1002/pon.1305
- Davies, N. M., Gaunt, T. R., Lewis, S. J., Holly, J., Donovan, J. L., Hamdy, F. C., ... Martin, R. M. (2015). The effects of height and BMI on prostate cancer incidence and mortality: a Mendelian randomization study in 20,848 cases and 20,214 controls from the PRACTICAL consortium. *Cancer Causes & Control: CCC*, 26, 1603-1616. doi:10.1007/s10552-015-0654-9
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., ...Capocaccia, R. (2014). Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCORE-5-a population-based study. *The Lancet Oncology*, 15, 23-34. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1
- De Sousa, A., Sonavane, S., y Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 15, 120-127. doi:10.1038/pcan.2011.66
- Die, M. (2003). Más allá de las palabras: principios generales de la comunicación con el enfermo oncológico. En: M. Die. (Ed), *Psico-oncología* (661-664). Madrid, España: ADES.

- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 2101-2107.
- Dinh, K. T., Reznor, G., Muralidhar, V., Mahal, B. A., Nezoslosky, M. D., Choueiri, T. K., ... Nguyen, P. L. (2016). Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *34*, 1905-1912. doi:10.1200/JCO.2015.64.1969
- Discacciati, A., Orsini, N., Andersson, S. O., Andrén, O., Johansson, J. E., y Wolk, A. (2011). Body mass index in early and middle-late adulthood and risk of localised, advanced and fatal prostate cancer: a population-based prospective study. *British Journal of Cancer*, *105*, 1061-1068. doi:10.1038/bjc.2011.319

## E

- Edge, S. B., Byrd, D. R., Compton, C. C., Fritz, A. G., Greene, F. L., y Trotti, A. (Eds.). (2010). *AJCC Cancer Staging Handbook (from the AJCC Cancer Staging Manual)* (7.<sup>a</sup> ed.). Chicago: Springer. Recuperado a partir de <http://www.springer.com/la/book/9780387884424>
- Ervik, B., y Asplund, K. (2012). Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, *16*, 103-108. doi:10.1016/j.ejon.2011.04.005
- Eton, D. T., y Lepore, S. J. (2002). Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, *11*, 307-326. doi:10.1002/pon.572

**F**

- Fallowfield, L., Ford, S., y Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 197-202.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., ... Koller, M. (2001). *EORTC QLQ-C30. Scoring manual* (3.<sup>a</sup> ed.). Brussels: EORTC.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M. D., y Tong, C. (2011). Information that affects patients' treatment choices for early stage prostate cancer: a review. *The Canadian Journal of Urology*, 18, 5998-6006. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22166326>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-386. doi.org/10.1002/ijc.29210.
- Forman, D, Bray, F, Brewster, DH, Mbalawa C, G, Kohler, B, Piñeros, M, ... Ferlay, J editors. (2014). Cancer Incidence in five continents, Vol.X. IARC. *Scientific Publication No. 164. Lyon: International Agency for Research on Cancer.*
- Fosså, S. D., Bengtsson, T., Borre, M., Ahlgren, G., Rannikko, A., y Dahl, A. A. (2016). Reduction of quality of life in prostate cancer patients: experience among 6200 men in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Urology*, 50, 330-337. doi:10.1080/21681805.2016.1201859

Fujimori, M., y Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39, 201-216. doi:10.1093/jjco/hyn159

## G

Gacci, M., Baldi, E., Tamburrino, L., Detti, B., Livi, L., De Nunzio, C., ... Serni, S. (2014). Quality of Life and sexual health in the aging of PCa survivors. *International Journal of Endocrinology*, 2014, 1-16. doi:10.1155/2014/470592

Giesinger, J. M., Kieffer, J. M., Fayers, P. M., Groenvold, M., Petersen, M. A., Scott, N. W., ... EORTC Quality of Life Group. (2016). Replication and validation of higher order models demonstrated that a summary score for the EORTC QLQ-C30 is robust. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 79-88. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.08.007

Gilbert, S. M., Sanda, M. G., Dunn, R. L., Greenfield, T. K., Hembroff, L., Klein, E., ... Wei, J. T. (2014). Satisfaction with information used to choose prostate cancer treatment. *The Journal of Urology*, 191, 1265-1271. doi:10.1016/j.juro.2013.12.008

Gleason, D. F., y Mellinger, G. T. (1974). Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. *The Journal of Urology*, 111, 58-64.

Gong, Z., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Tangen, C. M., Goodman, P. J., y Thompson, I. M. (2009). Alcohol consumption, finasteride and prostate cancer risk: results from the prostate cancer prevention trial. *Cancer*, 115, 3661-3669. doi:10.1002/cncr.24423

Gospodarowicz, M. K., Miller, D., Groome, P. A., Greene, F. L., Logan, P. A., y Sobin, L. H. (2004). The process for continuous improvement of the TNM classification. *Cancer*, *100*, 1-5. doi:10.1002/cncr.11898

## H

Hack, T. F., Ruether, J. D., Pickles, T., Bultz, B. D., Chateau, D., y Degner, L. F. (2012). Behind closed doors II: systematic analysis of prostate cancer patients' primary treatment consultations with radiation oncologists and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, *21*, 809-817. doi:10.1002/pon.1984

Heidenreich, A., Bastian, P. J., Bellmunt, J., Bolla, M., Joniau, S., van der Kwast, T., ... European Association of Urology. (2014). EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *European Urology*, *65*, 124-137. doi:10.1016/j.eururo.2013.09.046

Heidenreich, A., Bellmunt, J., Bolla, M., Joniau, S., Mason, M., Matveev, V., ... European Association of Urology. (2011). EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease. *European Urology*, *59*, 61-71. doi:10.1016/j.eururo.2010.10.039

Hernández, M., Cruzado, J. A., y Ziortza, A. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, *4*, 179-91.

Hyde, M. K., Newton, R. U., Galvão, D. A., Gardiner, R. A., Occhipinti, S., Lowe, A., ... Chambers, S. K. (2016). Men's help-seeking in the first year after diagnosis of localised prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*. doi:10.1111/ecc.12497

**I**

Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Defunciones según la causa de muerte, año 2013*. [Acceso 16 de enero de 2017]. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

Islami, F., Moreira, D. M., Boffetta, P., y Freedland, S. J. (2014). A Systematic Review and meta-analysis of tobacco use and prostate cancer mortality and incidence in prospective cohort studies. *European Urology*, *66*, 1054-1064. doi:10.1016/j.eururo.2014.08.059

**J**

Jansson, K. F., Akre, O., Garmo, H., Bill-Axelsson, A., Adolfsson, J., Stattin, P., y Bratt, O. (2012). Concordance of tumor differentiation among brothers with prostate cancer. *European Urology*, *62*, 656-661. doi:10.1016/j.eururo.2012.02.032

Jongkamp, V. G., Roeloffzen, E. M. A., Monninkhof, E. M., de Leeuw, J. R. J., Lycklama à Nijeholt, A. A. M., y van Vulpen, M. (2012). Brachytherapy for prostate cancer does not influence long-term depression rate. *Brachytherapy*, *11*, 495-501. doi:10.1016/j.brachy.2012.02.004

**K**

Kaplan, M., y Mahon, S. (2014). Hot flash management: update of the evidence for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *18 Suppl*, 59-67. doi:10.1188/14.CJON.S3.59-67

- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., y Burchenal, J. H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656. doi:10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L
- Kelly, S. P., Graubard, B. I., Andreotti, G., Younes, N., Cleary, S. D., y Cook, M. B. (2017a). Prediagnostic Body Mass Index Trajectories in relation to prostate cancer incidence and mortality in the PLCO cancer screening Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 109, 1-9. doi:10.1093/jnci/djw225
- Kelly, S. P., Rosenberg, P. S., Anderson, W. F., Andreotti, G., Younes, N., Cleary, S. D., y Cook, M. B. (2017b). Trends in the Incidence of Fatal Prostate Cancer in the United States by Race. *European Urology*, 71, 195-201. doi:10.1016/j.eururo.2016.05.011
- Köhler, N., Friedrich, M., Gansera, L., Holza, S., Thiel, R., Roth, S., ...Brähler, E. (2014). Psychological distress and adjustment to disease in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 795-802. doi:10.1111/ecc.12186
- Korfage, I. J., Essink-Bot, M. L., Janssens, A. C. W., Schöder, F. H., y de Koning, H. J. (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer*, 94, 1093-1098. doi: 10.1038/sj.bjc.6603057
- Kutwin, P., Konecki, T., Jabłonowski, Z., Wolski, Z., y Sosnowski, M. (2016). Quality of life in a population of Polish patients with prostate cancer. *Central European Journal of Urology*, 69, 53-56. doi:10.5173/cej.2016.633

## L

- Lamers, R. E. D., Cuypers, M., Husson, O., de Vries, M., Kil, P. J. M., Ruud Bosch, J. L. H., y van de Poll-Franse, L. V. (2016). Patients are dissatisfied with information provision: perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25, 633-640. doi:10.1002/pon.3981
- Larrañaga, N., Galceran, J., Ardanaz, E., Franch, P., Navarro, C., Sánchez, M. J., ... Prostate Cancer Working Group. (2010). Prostate cancer incidence trends in Spain before and during the prostate-specific antigen era: impact on mortality. *Annals of Oncology*, 21 Suppl 3, iii83-89. doi:10.1093/annonc/mdq087
- Lastra, J., Moreno, E., Mena, J., Hurtado, O., Orta, G., y Araya, R. (2008). Cáncer de próstata metastático a hígado. Presentación clínica infrecuente: reporte de un Caso. *Revista Venezolana de Oncología*, 20, 29-33. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822008000100006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000100006)
- Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R.,... Watson, M. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology*, 12, 769-783. doi:10.1002/pon.702
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. M., y Seva, A. (1980). El Miniexamen cognoscitivo (un test sancillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes medicos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14, 39-57.

Luckett, T., King, M. T., Butow, P. N., Oguchi, M., Rankin, N., Price, M. A., ... Heading, G. (2011). Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Annals of Oncology*, 22, 2179-2190. doi:10.1093/annonc/mdq721

## M

Majumder, K., Brandberg, Y., Johansson, H., Nilsson, S., y Bergenmar, M. (2014). Less satisfaction with information in patients with prostate cancer treated with surgery and salvage radiotherapy compared with patients treated with curative radiotherapy alone, despite similar health-related quality of life. *Clinical Genitourinary Cancer*, 12, e71-82. doi:10.1016/j.clgc.2013.11.001

Mandair, D., Rossi, R. E., Pericleous, M., Whyand, T., y Caplin, M. E. (2014). Prostate cancer and the influence of dietary factors and supplements: a systematic review. *Nutrition & Metabolism*, 11, 30. doi:10.1186/1743-7075-11-30

Martínez-Amores, B., Durán, M., Sánchez, M., y Molina, R. (2013). Actualización en cáncer de próstata. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11, 1578-1587. doi:10.1016/S0304-5412(13)70509-2

Maté, J., Hollenstein, M. F., y Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211-230. doi:10.5209/rev\_PSIC.2004.v1.n2.17109

- Mc Caughan, E., Mc Sorley, O., Prue, G., Parahoo, K., Bunting, B., Sullivan, J. O., y McKenna, H. (2013). Quality of life in men receiving radiotherapy and neo-adjuvant androgen deprivation for prostate cancer: results from a prospective longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 53-65. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05987.x
- McGinty, H. L., Phillips, K. M., Jim, H. S. L., Cessna, J. M., Asvat, Y., Cases, M. G., ... Jacobsen, P. B. (2014). Cognitive functioning in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 22, 2271-2280. doi:10.1007/s00520-014-2285-1
- McPherson, C., Higginson, I., y Hearn, J. (2001). Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. *Journal of Public Health Medicine.*, 23, 227-234.
- Mello, S., Tan, A. S. L., Armstrong, K., Sanford Schwartz, J., y Hornik, R. C. (2013). Anxiety and depression among cancer survivors: the role of engagement with sources of emotional support information. *Health Communication*, 28, 389-396. doi:10.1080/10410236.2012.690329
- Mercier, M., Schraub, S., Bransfield, D. D., y Fournier, J. (1992). Patient acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*, 1, 53-61. doi:10.1007/BF00435436
- Mickevičienė, A., Vanagas, G., Ulys, A., Jievaltas, M., Smailytė, G., y Padaiga, Ž. (2012). Factors affecting health-related quality of life in prostate cancer patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 46, 180-187. doi:10.3109/00365599.2012.661765

- Mohler, J., Bahnson, R. R., Boston, B., Busby, J. E., D'Amico, A., Eastham, J. A., ... Walsh, P. C. (2010). NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 8, 162-200.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. N., y Wiemann, M. (1984). The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53, 2002-2007.
- Moreira, D. M., Aronson, W. J., Terris, M. K., Kane, C. J., Amling, C. L., Cooperberg, M. R., ... Freedland, S. J. (2014). Cigarette smoking is associated with an increased risk of biochemical disease recurrence, metastasis, castration-resistant prostate cancer, and mortality after radical prostatectomy: results from the SEARCH database. *Cancer*, 120, 197-204. doi:10.1002/cncr.28423
- Morote, J., Celma, A., Planas, J., Placer, J., Konstantinidis, C., Iztueta, I., ... Doll, A. (2014). Sedentarism and overweight as risk factors for the detection of prostate cancer and its aggressiveness. *Actas Urológicas Españolas*, 38, 232-237. doi:10.1016/j.acuro.2013.09.001
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.

**N**

- Namiki, S., Saito, S., Tochigi, T., Numata, I., Ioritani, N., y Arai, Y. (2007). Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, 14(10), 924-929. doi: 10.1111/j.1442-2042.2007.01746.x
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2014). Prostate cancer clinical practice guideline in oncology, version 1. En línea [Recuperado 19 de febrero de 2017]. Disponible en:[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).
- Nicolaisen, M., Müller, S., Patel, H. R. H., y Hanssen, T. A. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3403-3414. doi:10.1111/jocn.12586

**P**

- Pasquini, M., y Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 2. doi:10.1186/1745-0179-3-2.
- Paterson, C., Robertson, A., Smith, A., y Nabi, G. (2015). Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 405-418. doi:10.1016/j.ejon.2014.12.007

- Penson, D. F. (2000). Quality of life following prostate cancer treatments. *Current Urology Reports*, 1, 71-77.
- Penson, D. F., y Litwin, M. S. (2003). Quality of life after treatment for prostate cancer. *Current Urology Reports*, 4, 185-195.
- Pieper, D., Jülich, F., Antoine, S. L., Bächle, C., Chernyak, N., Genz, J., ... Icks, A. (2015). Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15, 407. doi:10.1186/s12913-015-1076-9
- Pinto, A. C., Ferreira-Santos, F., Lago, L. D., de Azambuja, E., Pimentel, F. L., Piccart-Gebhart, M., y Razavi, D. (2014). Information perception, wishes, and satisfaction in ambulatory cancer patients under active treatment: patient-reported outcomes with QLQ-INFO25. *Ecancermedicalscience*, 8, 425. doi:10.3332/ecancer.2014.425
- Piotrowski, C., y Gallant, N. (2009). Research use of clinical measures for anxiety in the recent psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, 36, 84-86.
- Prasad, S. M., Eggener, S. E., Lipsitz, S. R., Irwin, M. R., Ganz, P. A., y Hu, J. C. (2014). Effect of depression on diagnosis, treatment, and mortality of men with clinically localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 2471-2478. doi:10.1200/JCO.2013.51.1048
- Punnen, S., Cowan, J. E., Dunn, L. B., Shumay, D. M., Carroll, P. R., y Cooperberg, M. R. (2013). A longitudinal study of anxiety, depression and distress as predictors of sexual and urinary quality of life in men with prostate cancer. *British Journal of Urology International*, 112, E67-75.

**S**

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud*, 25, 39-48.
- Sanz, J. I., Gil, M. J., Allepuz, C., y Rioja, L. A. (1991). Cancer of the prostate: current diagnostic aspects. *Actas Urológicas Españolas*, 15, 518-526.
- Scott, N. W., Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., ... Sprangers, M. A. (2008). *EORTC QLQ-C30 Reference Values..* (2ª ed.) Brussels: EORTC.
- Selby, P. (1993). Measurement of quality of life in cancer patients. *The Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 45 Suppl 1, 384-386.
- Serdà, B.-C., y del Valle, A. (2012). Cáncer de próstata y calidad de vida: análisis del cambio en la respuesta a partir de una triangulación entre métodos. *Psicooncología*, 9, 439-451.
- Serdà, B.-C., del Valle, A., Marcos, R., y Monreal, P. (2009). Beneficios de un programa de ejercicio de fuerza para la mejora de la calidad de vida del hombre con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 6, 211-226.
- Sharp, L., O'Leary, E., Kinnear, H., Gavin, A., y Drummond, F. J. (2016). Cancer-related symptoms predict psychological wellbeing among prostate cancer survivors: results from the PiCTure study. *Psycho-Oncology*, 25, 282-291. doi:10.1002/pon.3909
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., y Christie, D. R. H. (2013). The incidence and causes of different subtypes of depression in prostate cancer patients: implications for cancer care. *European Journal of Cancer Care*, 22, 815-823. doi:10.1111/ecc.12090

Shinohara, N., Maruyama, S., Shimizu, S., Nishioka, K., Abe, T., C-Hatanaka, K., ... Shirato, H. (2013). Longitudinal comparison of quality of life after real-time tumor-tracking intensity-modulated radiation therapy and radical prostatectomy in patients with localized prostate cancer. *Journal of Radiation Research*, *54*, 1095-1101. doi:10.1093/jrr/rrt049

Sociedad Española de Oncología Médica. (2016). El Cáncer en España 2016. [Acceso 15 de enero de 2017]. Recuperado de <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016?showall=1>

## T

Thorne, S., Oliffe, J. L., y Stajduhar, K. I. (2013). Communicating shared decision-making: Cancer patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, *90*, 291-296. doi:10.1016/j.pec.2012.02.018

Torvinen, S., Färkkilä, N., Sintonen, H., Saarto, T., Roine, R. P., y Taari, K. (2013). Health-related quality of life in prostate cancer. *Acta Oncologica*, *52*, 1094-1101. doi:10.3109/0284186X.2012.760848

## V

van Andel, G., Bottomley, A., Fosså, S. D., Efficace, F., Coens, C., Guerif, S., ... Aaronson, N. K. (2008). An international field study of the EORTC QLQ-PR25: a questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *European Journal of Cancer*, *44*, 2418-2424. doi:10.1016/j.ejca.2008.07.030

van der Meulen, N., Jansen, J., van Dulmen, S., Bensing, J., y van Weert, J. (2008). Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 17, 857-868. doi:10.1002/pon.1290

Vanagas, G., Mickeviciene, A., y Ulys, A. (2013). Does quality of life of prostate cancer patients differ by stage and treatment? *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 58-64. doi:10.1177/1403494812467503

## W

Walsh, P. C., Vaughan, R., y Wein, M. I. (2004). *Campbell: Urología* (Vol. 1). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.

Watson, E., Shinkins, B., Frith, E., Neal, D., Hamdy, F., Walter, F., ... Rose, P. (2015). Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *British Journal of Urology International*, 117, E10-E19. doi:10.1111/bju.13122

Watson, E., Shinkins, B., Frith, E., Neal, D., Hamdy, F., Walter, F., ... Rose, P. (2016). Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *British Journal of Urology International*, 117(6B), E10-19. doi:10.1111/bju.13122

Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., y Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 4, e003901. doi:10.1136/bmjopen-2013-003901

Weber, B. A., Roberts, B. L., Mills, T. L., Chumbler, N. R., y Algood, C. B. (2008). Physical and emotional predictors of depression after radical prostatectomy. *American Journal of Men's Health*, 2, 165-171. doi:10.1177/1557988307312222

Weiss Wiesel, T. R., Nelson, C. J., Tew, W. P., Hardt, M., Mohile, S. G., Owusu, C., ... Cancer Aging Research Group (CARG). (2015). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24, 712-717. doi:10.1002/pon.3638

## Z

Zhau, H. E., Li, Q., y Chung, L. W. (2013). Interracial differences in prostate cancer progression among patients from the United States, China and Japan. *Asian Journal of Andrology*, 15, 705-707. doi:10.1038/aja.2013.86

Zhou, E. S., Bober, S. L., Nekhlyudov, L., Hu, J. C., Kantoff, P. W., y Recklitis, C. J. (2016). Physical and emotional health information needs and preferences of long-term prostate cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, 99, 2049-2054. doi:10.1016/j.pec.2016.07.017

Zuccolo, L., Lewis, S. J., Donovan, J. L., Hamdy, F. C., Neal, D. E., y Smith, G. D. (2013). Alcohol consumption and PSA-detected prostate cancer risk-A case-control nested in the ProtecT study. *International Journal of Cancer*, 132, 2176-2185. doi:10.1002/ijc.27877



**ANEXO I:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO: Efecto de variables sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer de próstata**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL: Natalia Oraá Tabernero, Psicología.**

**Contacto: 941 278774/600 679 088**

**CENTRO: Hospital San Pedro de La Rioja, CIBIR y Universidad Complutense de Madrid**

### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR P.I. nº 87 del 08 de julio del 2015), de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente, sobre la finalidad del estudio y todas cuestiones relativas a la utilización que se realizarán con sus datos, para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además puede consultar con las personas que considere oportuno.

## **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar de decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

## **EL ESTUDIO**

El objetivo de este estudio es investigar **qué variables influyen en la calidad de vida y el estado emocional** de los pacientes diagnosticados de su patología. Para ello, usted deberá responder a 5 cuestionarios. La duración total de su participación será de aproximadamente 45 minutos. Puede responder a los cuestionarios en su domicilio o bien si lo desea, la persona responsable del estudio puede acudir a su domicilio o citarle en una de las consultas del CIBIR para aplicarle dichos test. Además, será necesario acceder a su historia clínica o comunicarse con su médico de referencia con el fin de completar alguna información. Si fuera necesario puede ser que nos pongamos en contacto con usted por teléfono.

## **UTILIZACIÓN DE LOS DATOS**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes en el estudio se ajustará a los dispuesto en la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece

la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, por lo cual deberá dirigirse

a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio /colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismo fines del estudio descrito y garantizando como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al médico de estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, Comunidades Autónomas (inspección), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente para el estudio, solamente por parte del equipo de estudio y, de manera agregada, es decir, no individualmente. Sus datos personales se guardarán siempre en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre estará garantizada la plena confidencialidad y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

## **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

Si dispone de nueva información que pueda ser relevante para su decisión de participar en el estudio, usted será informado. Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de toda la información recogida anteriormente.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (copia paciente)

Yo, Don .....

(Nombre y apellidos)

he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del procedimiento y uso de la información y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos estarán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de la investigación planteada. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicho estudio.

En....., a..... de..... de 20.....

Firmado:

Don/Doña. \_\_\_\_\_

(El usuario)

### DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONSULTA

Natalia Oraá Tabernero

C/ Piqueras, 98

Teléfono: 600 670 088

Correo: [noraa@riojasalud.es](mailto:noraa@riojasalud.es)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (copia investigador)

Yo, Don .....

(Nombre y apellidos)

he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del procedimiento y uso de la información y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos estarán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de la investigación planteada. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicho estudio.

En....., a..... de..... de 20.....

Firmado:

Don/Doña. \_\_\_\_\_

(El usuario)

### DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONSULTA

Natalia Oraá Tabernero

C/ Piqueras, 98

Teléfono: 600 670 088

Correo: [noraa@riojasalud.es](mailto:noraa@riojasalud.es)

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (copia paciente)

En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley de Protección de Datos Personales, es mi derecho oponerme a que el Grupo del presente estudio, utilice mis datos para cualquier uso.

En....., a..... de..... de 20.....

Firmado:

Don/Doña. \_\_\_\_\_

(El usuario)

## DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONSULTA

Natalia Oraá Tabernero  
C/ Piqueras, 98  
Teléfono: 600 670 088  
Correo: [noraa@riojasalud.es](mailto:noraa@riojasalud.es)

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (copia investigador)

En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley de Protección de Datos Personales, es mi derecho oponerme a que el Grupo del presente estudio, utilice mis datos para cualquier uso.

En....., a..... de..... de 20.....

Firmado:

Don/Doña. \_\_\_\_\_

(El usuario)

## DATOS DE CONTACTO EN CASO DE NECESIDAD O CONSULTA

Natalia Oraá Tabernero  
C/ Piqueras, 98  
Teléfono: 600 670 088  
Correo: [noraa@riojasalud.es](mailto:noraa@riojasalud.es)

**ANEXO II:**  
**ÍNDICE KARNOFSKY (KPS)**

---



**INDICE DE KARNOFSKY**

Capaz de realizar actividades normales y trabajar. No requiere una atención especial	100	No hay quejas; no hay evidencia de enfermedad
	90	Capaz de mantener una actividad normal; mínimos síntomas o signos de enfermedad
	80	Actividad normal con algún esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en casa y atender por sí mismo sus necesidades personales. Necesita una asistencia variable	70	Cuida de sí mismo; incapaz de mantener una actividad normal o realizar tareas activas
	60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender por sí mismo la mayor parte de sus necesidades personales
	50	Requiere una asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos
Incapaz de valerse por sí mismo. Necesita los cuidados de instituciones u hospitales. La enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Discapacitado. Requiere cuidados y asistencia especiales
	30	Gravemente discapacitado. Está indicado su ingreso hospitalario aunque su muerte no es inminente
	20	Muy enfermo; es necesaria la hospitalización y tratamiento de soporte activo
	10	Moribundo. El desenlace fatal se acerca rápidamente
	0	Muerte



**ANEXO III: -  
MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO  
(MEC) -**

---



## "MINI- EXAMEN COGNOSCITIVO"

### ORIENTACIÓN

"Dígame el día.....Fecha..... Mes.....Estación.....Año....." ..... (5)

"Dígame el Hospital (o el lugar).....Planta.....  
Ciudad.....Prov. ....Nación....." ..... (5)

PUNTOS ORIENTACIÓN:

### FIJACIÓN

"Repita estas 3 palabras: Peseta- Caballo- Manzana" (Repítalas hasta que las aprenda)  
.....(3)

### CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? .....(5)

"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás..... (3)

### MEMORIA

"Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes" ..... (3)

### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ..... (2)

"Repita esta frase: En un trigal había cinco perros" ..... (1)

"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"

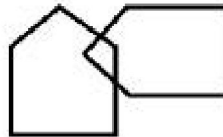
¿Qué son un perro y un gato? ..... (2)

"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"  
..... (3)

"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS ..... (1)

"Escriba una frase" .....  
..... (1)

"Copie este dibujo" ..... (1)



PUNTUACIÓN TOTAL..... (35)

Nivel de conciencia:	Alerta	Obnubilación	Estupor	Coma
Ciego	Sordo	Otros		

---

Adaptado de Lobo y cols. (1)

**ANEXO IV:  
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**



**RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN**  
**(Entrevista, Historia Clínica y Cuestionarios)**

Los datos que va a proporcionarnos a continuación se van a recoger para poder completar el estudio en el que usted está participando. Ante todo hemos de decirle que toda la información que usted aporte es absolutamente confidencial.

Como se le indica en el consentimiento informado, y con el objetivo de facilitar y reducir la duración de la entrevista, habrá otros datos que se recogerán en la Historia Clínica o con ayuda del personal sanitario.

Nº Identificación:

**DATOS DEMOGRÁFICOS** (Se obtienen a través de la entrevista).

Teléfono:

Edad:

Nivel Académico:

Básicos

Secundario

Superiores

Situación Laboral:

Jubilado

Baja laboral

En Activo

Otros

Pareja

Sí

No

**DATOS CLÍNICOS ONCOLÓGICOS** (Se obtienen a través de la Historia Clínica).

Diagnóstico/ Estadio:

Fecha de diagnóstico:

PSA:

Gleason:

Grupo de Riesgo:

Bajo

Intermedio

Alto

Avanzado

Modalidad de Tratamiento:

Tipo de tratamiento	SI / NO
Prostatectomía	
Terapias Radioterápicas	
Hormonal	
Combinados	

Fase de supervivencia:

3-12 meses

12-24 meses

24-36 meses

**ANEXO V:  
EORTC QLQ-C30**

---





### EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

---

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

#### **Durante la semana pasada:**

	<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 sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	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/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

---

**Durante la semana pasada:**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

**Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted**

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1            2            3            4            5            6            7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1            2            3            4            5            6            7

Pésima

Excelente

**ANEXO VI:  
EORTC QLQ-PR25**

---





## **EORTC QLQ - PR25**

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada. Por favor responda rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

<b>Durante la semana pasada...</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿Ha tenido que orinar varias veces <b>durante el día</b> ?	1	2	3	4
32. ¿Ha tenido que orinar varias veces <b>durante la noche</b> ?	1	2	3	4
33. ¿Cuándo sintió la necesidad de orinar, ¿tuvo que ir de prisa al baño?	1	2	3	4
34. ¿Ha dormido mal porque ha tenido que levantarse muchas veces por la noche para orinar?	1	2	3	4
35. ¿Ha tenido dificultades para salir de casa porque necesitaba tener un cuarto de baño cerca?	1	2	3	4
36. ¿Ha tenido pérdidas involuntarias de orina?	1	2	3	4
37. ¿Tuvo dolor al orinar?	1	2	3	4
38. Conteste esta pregunta sólo si lleva usted alguna prenda para la incontinencia. ¿Fue para usted un problema llevar una prenda para la incontinencia?	1	2	3	4
39. ¿Se vieron limitadas sus actividades diarias por sus problemas urinarios?	1	2	3	4
40. ¿Se vieron limitadas sus actividades diarias por sus problemas intestinales?	1	2	3	4
41. ¿Alguna vez (evacuó) sin querer?	1	2	3	4
42. ¿Hubo sangre en las heces?	1	2	3	4
43. ¿Ha tenido sensación de hinchazón en el abdomen?	1	2	3	4
44. ¿Tuvo usted sofocos?	1	2	3	4
45. ¿Tuvo usted los pechos o los pezones doloridos o hinchados?	1	2	3	4
46. ¿Tuvo usted las piernas o los tobillos hinchados?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

<b>Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
47. ¿Fue para usted un problema la <b>pérdida</b> de peso?	1	2	3	4
48. ¿Fue para usted un problema el <b>aumento</b> de peso?	1	2	3	4
49. ¿Se sintió menos varonil a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
50. ¿Hasta qué punto estuvo interesado en el sexo?	1	2	3	4
51. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa (con o sin coito)?	1	2	3	4

---

**CONTESTE LAS CUATRO PREGUNTAS SIGUIENTES SOLO SI TUVO ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

52. ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4
53. ¿Le costó alcanzar o mantener la erección?	1	2	3	4
54. ¿Tuvo algún problema con la eyaculación (por ejemplo, una eyaculación sin la emisión de esperma)?	1	2	3	4
55. ¿Se sintió usted incómodo ante el hecho de tener relaciones íntimas?	1	2	3	4

**ANEXO VII:  
EORTC QLQ-INFO25**

---





## **EORTC QLQ – INFO25**

Estamos interesados en la información que usted ha recibido sobre aspectos de su enfermedad y su tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de su asistencia sanitaria. Le rogamos que conteste TODAS las preguntas personalmente, *rodeando con un círculo* el número que mejor se corresponda con su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información que nos proporcione se considerará estrictamente confidencial.

<b>Durante su enfermedad y su tratamiento actuales, cuánta información ha recibido sobre:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
31. ¿El diagnóstico de su enfermedad?	1	2	3	4
32. ¿La extensión (diseminación) de su enfermedad?	1	2	3	4
33. ¿Las posibles causas de su enfermedad?	1	2	3	4
34. ¿Si la enfermedad está controlada?	1	2	3	4
35. ¿El propósito de las pruebas médicas practicadas o por practicar?	1	2	3	4
36. ¿Los procedimientos de las pruebas médicas?	1	2	3	4
37. ¿Los resultados de las pruebas médicas que ya ha recibido?	1	2	3	4
38. ¿El tratamiento médico (quimioterapia, radioterapia, cirugía u otra modalidad terapéutica)?	1	2	3	4
39. ¿Los beneficios que se esperan del tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Los posibles efectos secundarios de su tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Los efectos esperados del tratamiento sobre los síntomas de la enfermedad?	1	2	3	4
42. ¿Los efectos del tratamiento sobre su vida social y familiar?	1	2	3	4
43. ¿Los efectos del tratamiento sobre su actividad sexual?	1	2	3	4
44. ¿Ayuda adicional fuera del hospital (p. e. ayuda para sus actividades cotidianas, grupos de autoayuda, enfermeras a domicilio)?	1	2	3	4
45. ¿Servicios de rehabilitación (p. e. fisioterapia, terapia ocupacional)?	1	2	3	4

Pase a la página siguiente

<b>Durante su enfermedad y su tratamiento actuales, cuánta información ha recibido sobre:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
46. ¿Aspectos del cuidado de su enfermedad en casa?	1	2	3	4
47. ¿La posibilidad de recibir ayuda psicológica profesional?	1	2	3	4
48. ¿Diferentes lugares donde recibir cuidados (hospitales / servicios ambulatorios / domicilio)?	1	2	3	4
49. ¿Cosas que usted puede hacer para ayudarle a sentirse bien (descanso, relacionarse con los demás, etc.)?	1	2	3	4
50. ¿Ha recibido información por escrito?		<b>Si</b>		<b>No</b>
51. ¿Ha recibido información en CD, cassette o vídeo?		<b>Si</b>		<b>No</b>

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
52. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la cantidad de información recibida?	1	2	3	4
53. a) ¿Desea recibir <u>más</u> información?		<b>Si</b>		<b>No</b>
b) En caso afirmativo, señale sobre qué temas?	_____			
54. a) ¿Desearía haber recibido <u>menos</u> información?		<b>Si</b>		<b>No</b>
b) En caso afirmativo, señale sobre qué temas?	_____			
55. En general, ¿ha sido útil la información que ha recibido?	1	2	3	4

**ANEXO VIII: -  
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE  
BECK (BAI) -**

---



## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

Por favor, lea cada uno de los ítems atentamente, e indique con una **X**

cuánto le ha afectado en la **última semana incluyendo hoy**:

		<b>En Absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1	Torpe o entumecido.				
2	<b>Acalorado.</b>				
3	Con temblor en las piernas.				
4	<b>Incapaz de relajarse.</b>				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	<b>Mareado, o se le va la cabeza.</b>				
7	Con latidos fuertes y acelerados.				
8	<b>Inestable.</b>				
9	Atemorizado o asustado				
10	<b>Nervioso</b>				
		<b>En Absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11	Con sensación de bloqueo				
12	<b>Con temblores en las manos</b>				
13	Inquieto, inseguro				
14	<b>Con miedo a perder el control</b>				
15	Con sensación de ahogo				
16	<b>Con temor a morir</b>				
17	Con miedo				
18	<b>Con problemas digestivos</b>				
19	Con desvanecimientos				
20	<b>Con rubor facial</b>				
		<b>En Absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21	Con sudores, fríos o calientes				



**ANEXO IX: -  
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE  
BECK-II (BDI-II) -**

---



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI- II)

Por favor, lea cada uno de los ítems, e indique con una X la casilla de la frase que mejor describa cómo se ha sentido en las dos últimas semanas. Si varios enunciados son importantes márquelos.

<p><b>1. Tristeza</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No me siento triste.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento triste gran parte del tiempo.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy triste todo el tiempo.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</li></ul> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No estoy desalentado respecto a mi futuro.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</li><li><input type="checkbox"/> No espero que las cosas funcionen para mí.</li><li><input type="checkbox"/> Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</li></ul> <p><b>3. Fracaso</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No me siento como un fracasado.</li><li><input type="checkbox"/> He fracasado más de lo que hubiera debido.</li><li><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</li><li><input type="checkbox"/> Siento que como persona soy un fracaso total.</li></ul> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</li><li><input type="checkbox"/> No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</li><li><input type="checkbox"/> Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</li><li><input type="checkbox"/> No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</li></ul> <p><b>5. Sentimiento de Culpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No me siento particularmente culpable.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo.</li></ul>	<p><b>6. Sentimiento de Castigo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No siento que estoy siendo castigado.</li><li><input type="checkbox"/> Siento que tal vez pueda ser castigado.</li><li><input type="checkbox"/> Espero ser castigado.</li><li><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</li></ul> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</li><li><input type="checkbox"/> He perdido la confianza en mí mismo.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo mismo.</li><li><input type="checkbox"/> No me gusto a mí mismo.</li></ul> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No me critico ni me culpo más de lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</li><li><input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por todos mis errores.</li><li><input type="checkbox"/> Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</li></ul> <p><b>9. Pensamiento o Deseos Suicida</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de matarme.</li><li><input type="checkbox"/> He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</li><li><input type="checkbox"/> Querría matarme.</li><li><input type="checkbox"/> Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</li></ul> <p><b>10. Llanto</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía hacerlo.</li><li><input type="checkbox"/> Llora más de lo que solía hacerlo.</li><li><input type="checkbox"/> Llora por cualquier pequeñez.</li><li><input type="checkbox"/> Siento ganas de llorar pero no puedo.</li></ul>
---	--

<p><b>11. Agitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento más inquieto que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</li></ul> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No he perdido el interés en otras actividades o personas.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</li><li><input type="checkbox"/> He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</li><li><input type="checkbox"/> Me es difícil interesarme por algo.</li></ul> <p><b>13. Indecisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</li><li><input type="checkbox"/> Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</li><li><input type="checkbox"/> Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</li><li><input type="checkbox"/> Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</li></ul> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No siento que yo no sea valioso.</li><li><input type="checkbox"/> No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</li><li><input type="checkbox"/> Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</li><li><input type="checkbox"/> Siento que no valgo nada.</li></ul> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tengo tanta energía como siempre.</li><li><input type="checkbox"/> Tengo menos energía que la que solía tener.</li><li><input type="checkbox"/> No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</li><li><input type="checkbox"/> No tengo energía suficiente para hacer nada.</li></ul> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</li><li><input type="checkbox"/> Duermo un poco más de lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Duermo un poco menos de lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Duermo mucho más que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Duermo mucho menos que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Duermo la mayor parte del día.</li><li><input type="checkbox"/> Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</li></ul>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No estoy más irritable que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy más irritable que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy mucho más irritable que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy irritable todo el tiempo.</li></ul> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</li><li><input type="checkbox"/> Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Mi apetito es mucho menor que antes.</li><li><input type="checkbox"/> Mi apetito es mucho mayor que antes.</li><li><input type="checkbox"/> No tengo apetito en absoluto.</li><li><input type="checkbox"/> Quiero comer todo el tiempo.</li></ul> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Puedo concentrarme tan bien como siempre.</li><li><input type="checkbox"/> No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</li><li><input type="checkbox"/> Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</li><li><input type="checkbox"/> Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</li></ul> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</li></ul> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</li><li><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</li><li><input type="checkbox"/> Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</li><li><input type="checkbox"/> He perdido completamente el interés en el sexo.</li></ul>
--	--