

EFFECTOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DE CÁNCER COLORRECTAL: CALIDAD DE VIDA, ESTADO EMOCIONAL Y SATISFACCIÓN

María Soriano*, Ramón Cantero**, M^ª Eugenia Olivares*, Juan A. Cruzado*, Isabel Delgado**, José María Balibrea**, Juan Carlos García** y José Luís Balibrea**

* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

** Servicio de Cirugía General y Digestiva II. Hospital Clínico San Carlos.

Resumen

El objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de vida, el estado emocional y la satisfacción percibida con el tratamiento y con el equipo médico en una muestra de pacientes con cáncer colorrectal intervenidos mediante cirugía laparoscópica.

La muestra está constituida por 35 pacientes y las variables objeto de estudio fueron: a) sociodemográficas: edad y género; b) calidad de vida (EORTC QLQ C-30); c) ansiedad y depresión (HADS); d) satisfacción con el tratamiento y con el equipo médico (escala categórica).

Los resultados obtenidos muestran que las dimensiones de calidad de vida global, función física, rol, emocional, cognitivas y social son altamente satisfactorias, no obstante muchos pacientes muestran síntomas de fatiga, náusea, y dolor. En cuanto a la ansiedad y depresión las puntuaciones en el HADS son bajas: media de 4,57 y 3,38 respectivamente. El 19% de la muestra se puede considerar caso clínico de depresión y el 29% de ansiedad. La satisfacción percibida es alta, más del 50% de los pacientes se considera muy o totalmente satisfecho.

Se puede concluir que los pacientes de cáncer colorrectal necesitan una atención integral para mejorar la calidad de vida y el estado emocional, ya que el mero paso de tiempo no produce una recuperación, sino que se preci-

Abstract

The aim of this study is to evaluate quality of life, emotional state and satisfaction perceived with the treatment and the medical team in a sample of colorectal cancer patients in which has been carried laparoscopic surgery.

The sample is constituted by 35 patients and the variables objects of study were: a) sociodemographics: age and sex; b) quality of life (EORTC QLQ C-30); c) anxiety and depression (HADS); d) satisfaction with the treatment and the medical team (categorical scale).

The obtained results show that dimensions of global quality of life, physical function, role, emotional, cognitive and social are highly satisfactory, despite many patients show fatigue, nausea, and pain symptoms. In reference to the anxiety and depression scores in the HADS are low: mean: 4,57 and 3,38 respectively, 19% of the sample can be considered clinical case of depression and 29% of anxiety. The perceived satisfaction is elevated, more than 50% of the patients were considered very or totally satisfied.

It is concluded that the colorectal cancer patients need an integral attention in order to improve the quality of life and the emotional state, because the mere step of time does not produce a recovery. A psychological intervention is necessary to optimize the welfare quality. This intervention should be applied since the start of the medical process.

Correspondencia:

María Eugenia Olivares

Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón.

28223 Madrid

E-mail: meolivares@correo.cop.es

sa de una intervención psicológica, que ha de aplicarse desde el inicio del tratamiento médico para optimizar la calidad asistencial.

Palabras clave: Calidad de vida, cáncer colorrectal, cirugía laparoscópica, estado emocional, satisfacción.

Key words: Quality of life, colorectal cancer, laparoscopic surgery, emotional state, satisfaction.

INTRODUCCIÓN

En la Unión Europea (2000), el cáncer colorrectal causó el 11% de las defunciones por cáncer en hombres y el 15% en mujeres⁽¹⁾. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, se estima que el número de casos nuevos por año se sitúa en torno a los 21.000 en ambos sexos frente a 11.900 defunciones. La prevalencia en los últimos seis años es de 64.000 —28.000 mujeres y 36.000 varones—. La mortalidad es muy elevada, constituyendo la segunda localización tumoral en importancia en hombres y en mujeres, en la actualidad la mortalidad es más alta en hombres, aunque en los años 60 lo era en mujeres⁽¹⁾.

Entre los factores etiológicos conocidos cabe citar: la predisposición genética y los factores dietéticos, ingesta elevada de grasas, proteínas e hidratos de carbono refinados, y la deficiencia de fibras en la dieta⁽²⁾. La forma de cáncer colorrectal más frecuente es el de tipo esporádico (90%), existiendo casos con componentes hereditarios tales como: la poliposis adenomatosa familiar (0,01%) y el cáncer colorrectal hereditario no polipósico (5-10%). Se estima que los factores hereditarios están presentes en un 10-15% de los casos⁽¹⁾.

Los factores de riesgo del cáncer colorrectal son: edad mayor de 40 años, adenomas previos, colitis ulcerosa, colitis granulomatosa y predisposición genética⁽²⁾. Se han referido como factores protectores el consumo de vegetales, fruta, fibra, calcio y aspirina⁽¹⁾.

El único tratamiento curativo disponible es la resección quirúrgica del tumor. La excisión del tumor es el tratamiento primario para los casos nuevos de cáncer colorrectal potencialmente curativo (80%). En los casos demasiado avanzados para conseguir una curación (20%) se suele recurrir también a la cirugía con fines paliativos, para mejorar la calidad de vida del paciente⁽³⁾.

Las opciones quirúrgicas en el cáncer colorrectal son hemicolectomía derecha, colectomía transversa, hemicolectomía izquierda, sigmoidectomía, resección anterior baja y ultrabaja de recto y la amputación abdominoperineal⁽⁴⁾. Estos procedimientos pueden realizarse mediante cirugía laparotómica o bien, cirugía laparoscópica, que debido a la reducción del tiempo de recuperación postoperatoria y una potencial preservación de la respuesta inmunológica después de la cirugía, se ha visto potenciada su utilización⁽²⁾.

La cirugía laparoscópica debe entenderse como una nueva vía de abordaje en el tratamiento quirúrgico de los tumores colorrectales, que no ha de cambiar en nada los principios y fundamentos de las maniobras quirúrgicas tradicionales en sí. Permite realizar: resección del colon derecho, izquierdo, resección anterior baja, amputación abdominoperineal, colectomía total, creación de ostomías y reconstrucción de tránsito intestinal. Podríamos decir que todo tipo de intervenciones pueden ser realizadas, bien de manera laparoscópica completa o asistida, en lo que podría-

mos denominar cirugía mínimamente invasiva⁽⁴⁾.

Las ventajas que se atribuyen a la cirugía laparoscópica son una rápida restitución de la función intestinal, pronta recuperación, acortamiento de la estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, menos complicaciones quirúrgicas, disminución de las pérdidas de sangre, incorporación laboral más temprana y mejores resultados estéticos⁽⁴⁾. Pero esto está contrarrestado con las posibles desventajas, asociadas con una imposibilidad técnica, aumento del tiempo operatorio y mayor coste económico. El planteamiento y la opción quirúrgica más adecuada deben ser individualizados para cada enfermo; no obstante, hay que sopesar el coste riesgo/beneficio para el paciente⁽⁴⁾.

La cirugía constituye una de las experiencias más temidas en la vida, incluso las intervenciones quirúrgicas consideradas menores por los especialistas pueden evocar fuertes reacciones psicológicas, sobre todo síntomas de ansiedad y depresión⁽⁵⁾. Aunque estas reacciones aparecen en cierto grado en todos los pacientes quirúrgicos, la ansiedad aumenta cuando la intervención quirúrgica se realiza como tratamiento del cáncer⁽⁶⁾ y es el cirujano el "portador de malas noticias", ya que la mayoría de ellos no reciben un entrenamiento para tal fin y suelen ser bastante bruscos, ocasionando el aumento de la ansiedad y los miedos⁽⁷⁾.

Esto puede hacer que el sujeto haga una evaluación de la situación como amenaza, daño, pérdida o desafío y en función de los recursos de afrontamiento del paciente, podrá manifestar estados emocionales negativos, de forma preferente síntomas ansioso-depresivos⁽⁸⁾. En este sentido, Contrada, Leventhal y Anderson⁽⁹⁾ proponen que en la cirugía existen tres elementos fundamentales:

problemas de representación, afrontamiento y resultados, cada uno con dos procesos paralelos, uno la percepción que la persona tiene de la situación objetiva y otro involucraría la emoción y la respuesta subjetiva a tal percepción⁽⁸⁾.

Debido a esto, una intervención quirúrgica en la mayoría de las ocasiones es considerada como un acontecimiento vital estresante, Contrada et al⁽⁹⁾, proponen que la amenaza que supone este acontecimiento puede organizarse en cuatro cuestiones generales: el inmediato daño físico representado por la cirugía, los efectos secundarios derivados de haberse sometido a dicho proceso, inhabilidad para desempeñar los roles sociales y manejo a largo plazo de una condición médica crónica. Cada una de éstas preocupaciones varían en el tiempo y se distribuyen en varias fases:

- 1º. Fase de decisión, desde que se le dice a la persona que va a ser intervenida, hasta que ingresa en el hospital.
- 2º. Fase de hospitalización, desde que la persona ingresa hasta el momento de la anestesia
- 3º. Fase de cuidados intensivos y recuperación.
- 4º. Fase de rehabilitación, periodo en el que la persona se mantiene en la planta hospitalaria.

El valor de las intervenciones sanitarias se juzga por su impacto sobre la cantidad y la calidad de vida, mediado ello en términos de coste-eficacia. Siempre ha sido fácil medir la cantidad de vida, pero no así la calidad. En parte debido a esto, la cantidad de vida (tiempo de supervivencia) se utilizó en Oncología como el indicador más frecuente y cómodo para valorar el grado de eficacia terapéutica, por lo que, aun reconociendo que el tiempo de vida sin calidad añadida es un valor cues-

tionable, es frecuente asumir que el aumento de supervivencia añade un gran valor a las intervenciones sanitarias, sin embargo esto no siempre es correcto. Actualmente, al evaluar la eficacia de un tratamiento oncológico podemos medir su impacto en la calidad de vida gracias a la disponibilidad de cuestionarios validados para este fin. Esto permite confirmar la idea de que, los tratamientos que no extienden la supervivencia pueden tener un valor significativo si mejoran la calidad de vida⁽¹⁰⁾.

En la actualidad existe un consenso sobre las características de la calidad de vida que se consideran importantes: la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud⁽¹¹⁾. Por tanto, respecto a la multidimensionalidad, las áreas que debe evaluar cualquier cuestionario de calidad de vida se dividen en siete categorías⁽¹⁰⁾: Preocupaciones físicas, capacidad funcional, bienestar social, bienestar emocional, satisfacción con el tratamiento, intimidad/sexualidad y funcionamiento social.

El uso de instrumentos de medida estandarizados, que tengan un buen funcionamiento psicométrico, y que sean aceptados ampliamente, hace que se pueda llevar a cabo una correcta evaluación de la calidad de vida para poder ofrecer mejores intervenciones a los pacientes⁽¹¹⁾.

Existe poca información sobre el impacto que las terapias utilizadas, incluida la cirugía, en el tratamiento del cáncer colorrectal tienen sobre la calidad de la vida de los pacientes a largo plazo⁽¹²⁾. Y al hacer una revisión, se ha encontrado que en la mayoría de los estudios la calidad de vida se mide en ensayos clínicos con pacientes ostomizados⁽¹³⁾, con metástasis a distancia⁽¹⁴⁾, o en pacientes ancianos sometidos a cirugía⁽¹⁵⁾; otros estudios se han hecho

para validar instrumentos en distintas poblaciones⁽¹⁶⁾, o para comparar dos instrumentos de medida de calidad de vida⁽¹⁷⁾. Todos estos estudios coinciden en la importancia de la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal y la mayoría de ellos utilizan como instrumento de medida el cuestionario de la EORTC QLQ-C30; pero a pesar de la discusión actual sobre los beneficios y las desventajas que la cirugía laparoscópica tiene, no hay estudios específicos que evalúen calidad de vida en pacientes de cáncer colorrectal intervenidos mediante cirugía laparoscópica.

Respecto a la última variable del estudio, cada vez es mayor el interés de las instituciones por medir la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos y con el equipo médico que los atienden. La evaluación de esta variable tiene una importancia clínica considerable; proporciona información sobre el grado en que un servicio resuelve las necesidades y expectativas de los pacientes. También se ha demostrado la satisfacción está relacionada con la adherencia al tratamiento y con el cumplimiento de las recomendaciones médicas. La satisfacción se puede definir paciente como el grado de conexión entre el cuidado médico y un paciente y sus expectativas con ese cuidado. Esta definición puede generalizarse a todas las experiencias y procesos relevantes asociados a los cuidados médicos⁽¹⁸⁾.

OBJETIVOS

El objetivo general de la presente investigación es el de determinar los niveles de calidad de vida, los efectos en el estado emocional (ansiedad y depresión) y la satisfacción con la intervención quirúrgica con abordaje laparoscópico, de los pacientes de cáncer colorrectal

del Servicio de Cirugía General y Digestiva II del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Obtener datos descriptivos de los pacientes que han llevado a cabo tratamiento quirúrgico en cuanto:
 - Las dimensiones de calidad de vida siguientes: Calidad de vida global; funcionamiento físico; funcionamiento de rol; funcionamiento emocional; funcionamiento cognitivo; funcionamiento social; síntomas físicos: Astenia, náusea y vómito, disnea, dolor, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea; y dificultades económicas.
 - Síntomas ansiedad y depresión
 - Satisfacción con el tratamiento quirúrgico: Contenido de la información; modo en que se informa; tratamiento (cirugía laparoscópica); resultado del tratamiento; y equipo médico
2. Estudiar las variaciones a lo largo del tiempo de la calidad de vida, síntomas de ansiedad y depresión, y satisfacción con el tratamiento desde la finalización de la cirugía hasta el momento presente.
3. Determinar el efecto de las variables sociodemográficas: edad y género en la calidad de la vida, ansiedad y depresión, satisfacción percibida con el tratamiento.

MÉTODO

Muestra

La muestra está constituida por un total de 35 pacientes, 17 mujeres y 18 hombres; con una edad media de 68,49 años ($S_x = 10,77$), siendo el rango de edad

de 33-84 años. Todos ellos diagnosticados de cáncer colorrectal y sometidos a tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General y Digestiva II del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Sujetos adultos.
- Diagnosticados de cáncer colorrectal
- Intervenidos mediante cirugía laparoscópica en el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2006.
- Sin tratamiento oncológico activo en el momento del estudio.
- Sin otro tratamiento por patología oncológica.
- Sin evidencia de existencia de metástasis a distancia.
- Pacientes pertenecientes al Área de salud 7 de Madrid.

Los criterios de exclusión fueron:

- Existencia de un déficit cognitivo
- Dificultades para la comprensión y expresión del castellano
- Presencia de psicopatología severa.
- Pacientes en fase terminal.

Procedimiento

Se contactó con todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente desde enero de 2003 en las revisiones médicas. En el caso de cumplir los criterios de inclusión, al finalizar la consulta con el cirujano se les presentaron los objetivos de la investigación psicológica, explicándoles el uso que se haría de los datos y la absoluta confidencialidad de los mismos. Se les hizo entrega del documento de consentimiento informado para la participación en la investigación y en el caso de estar de acuerdo se les citó a una sesión posterior, en la que se

procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación, en el siguiente orden:

1. Recogida de los datos sociodemográficos y clínicos mediante la entrevista semi-estructurada y comprobación de los mismos con la historia clínica.
2. Aplicación del cuestionario HADS.
3. Aplicación de la Escala QLQ C-30 de la EORTC.
4. Aplicación de la escala categórica de satisfacción.

La evaluación se realizó de forma individualizada con una duración aproximada de 45 minutos, todos los cuestionarios se pasaron en forma de entrevista estructurada, por el único y mismo entrevistador.

Variables e instrumentos

Las variables que han sido objeto de estudio en esta investigación han sido las siguientes:

- Sociodemográficas (VI): Género y edad.
- Clínicas (VI): Tiempo transcurrido desde la cirugía
- Psicológicas (VD): Ansiedad, depresión, calidad de vida y satisfacción con la cirugía y con el equipo médico

Se aplicaron los siguientes instrumentos de medida:

Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30)^(19,20): Sistema de evaluación de la calidad de vida de pacientes oncológicos sometidos a un tratamiento. Está compuesta de 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta (en absoluto, un poco, bastante, mucho) y 2 de ellos con 7 alternativas (escala visual analógica donde el 1 es “pésima” y el 7 “excelente”). El marco temporal

debe referirse a la semana previa. Las puntuaciones obtenidas en cada escala se transforman de modo que los valores finales estarán comprendidos entre el 0 y el 100. Está compuesto a su vez por tres escalas:

- Estatus de salud global: en el que una puntuación alta representa un alto funcionamiento en cuanto a salud general.
- Escalas funcionales: compuesto por 5 sub-escalas de funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social.
- Escala de síntomas: compuesta por una serie de síntomas: fatiga, náuseas, vómitos, dolor, disnea, insomnio, disminución del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas. Una puntuación alta en cada uno de estos síntomas representa un alto nivel de sintomatología, de problemas en esta área.

Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS)^(21,22): Cuestionario autotaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. El rango de puntuación

Tabla 1. **Variables e instrumentos utilizados**

VARIABLES	INSTRUMENTOS
<i>Datos sociodemográficos (VI):</i> – Género – Edad	Historia clínica
<i>Datos clínicos (VI):</i> – Tiempo transcurrido	Historia clínica
<i>Calidad de vida (VD):</i> – Calidad de vida Global – Funcionamiento físico – Funcionamiento de rol – Funcionamiento emocional – Funcionamiento cognitivo – Funcionamiento social – Síntomas físicos: Astenia, náusea y vómito, disnea, dolor, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea – Dificultades económicas	Cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-C30)
<i>Ansiedad y depresión (VD):</i> – Síntomas de ansiedad – Síntomas de depresión	Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS)
<i>Satisfacción (VD):</i> – Contenido de la información – Modo en que se informa – Tratamiento – Resultado del tratamiento – Equipo médico	Escala categórica de 5 puntos

es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

Escala categórica de satisfacción: Esta escala ha sido diseñada específicamente para este estudio. Consta de 5 ítems que son valorados mediante una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4), desde “totalmente insatisfecho”, hasta “totalmente satisfecho”. Los 5 ítems que se valoran son: a) satisfacción con el contenido de la información; b) satisfacción con el modo en que se informa; c) satisfacción con el tratamiento; d) satisfacción con el resultado del tratamiento; e) satisfacción con el equipo médico.

En la tabla 1 se muestran las diferentes variables objeto de estudio y los instrumentos utilizados para la medición de las mismas.

Análisis de datos

El tratamiento de los datos y análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (versión 14.0), los análisis que se hicieron fueron: estadísticos descriptivos, diferencias de medias (t de Student) y correlaciones de Pearson.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos y clínicos

El análisis descriptivo indica que la muestra está formada por 17 mujeres, que representan el 48,6%, y 18 hombres, que representan el 51,4%. La edad media es de 68,49 años ($Sx= 10,77$), y el rango de edad es de 33 a 87 años.

En relación al nivel educativo, el 17,1% no tiene estudios, un 54,3% tiene estudios primarios, bachiller elemental tiene el 14,3%, bachiller superior el 2,9% y estudios universitarios tiene el 11,4% de la muestra.

El tiempo medio transcurrido desde la cirugía es de 16,09 meses ($Sx= 10,21$) y el rango es de 1 a 38 meses.

Calidad de vida

Los resultados obtenidos en la escala de la EORTC QLQ-C30 se muestran en la tabla 2. Las puntuaciones de la escala global y de las escalas funcionales son altas, lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes perciben y valoran su calidad de vida como buena; no obstante, el 20% de los pacientes presenta problemas de calidad de vida global. Con respecto a la escala de síntomas, el 89% de presenta fatiga, el 97% presenta náuseas y el 83% dolor.

Tras realizar la prueba t de Student, aplicando la corrección de Bonferroni, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida y sintomatología física en función del género, ni de la edad, ni del tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica.

Síntomas de ansiedad y depresión

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad y

Depresión Hospitalaria (HADS). Como puede observarse, las puntuaciones del total de la muestra, no entran dentro del rango clínico de ansiedad y depresión, no obstante un 20% de los pacientes presenta síntomas clínicos de ansiedad y un 10% presenta síntomas clínicos de depresión.

Tras realizar la prueba t de Student con corrección de Bonferroni, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en síntomas de ansiedad y depresión en función del género, ni de la edad, ni del tiempo transcurrido desde la cirugía.

No obstante, al hacer la correlación de Pearson, se ha encontrado que existe una correlación negativa significativa entre el tiempo transcurrido desde la cirugía y la depresión ($r = -0,34$ $p<0,05$); esta correlación no se da de forma significativa con la ansiedad.

Satisfacción

Los resultados obtenidos en la escala categórica de satisfacción se muestran en la tabla 4. La mayoría de los pacientes se muestran bastante satisfechos con la información recibida y el modo en que les han informado, con la cirugía y el resultado de la misma y con el equipo médico.

Tras realizar la prueba t de Student con corrección de Bonferroni, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, en función del género, en la satisfacción con el contenido de la información ($t_{(33)}=2,23$; $p<0,05$), los hombres están más satisfechos que las mujeres. También existen diferencias estadísticamente significativas, en función de la edad, en la satisfacción con el modo en que se informa ($t_{(33)}=2,28$; $p<0,05$), los pacientes mayores de 69 años están más satisfechos que los menores de 69 años. No se han encontrado diferencias esta-

Tabla 2. Puntuaciones en calidad de vida (EORTC QLQ-C30)

	Total Media (Sx)	GÉNERO ¹		EDAD ²		TIEMPO DESDE CIRUGÍA ³	
		Mujeres Media (Sx)	Hombres Media (Sx)	> 69 años Media (Sx)	< 69 años Media (Sx)	> 13 meses Media (Sx)	< 13 meses Media (Sx)
Estatus de salud global	76,19 (19,61)	76,96 (19,88)	75,46 (19,90)	76,75 (17,91)	75,52 (22,04)	78,70 (17,67)	73,53 (21,70)
Escalas funcionales							
Funcionamiento físico	81,33 (17,09)	83,92 (16,50)	78,89 (17,74)	81,82 (16,68)	79,58 (17,97)	84,81 (13,87)	77,65 (19,71)
Funcionamiento de rol	88,09 (26,99)	91,17 (25,08)	85,19 (29,09)	96,49 (11,89)	78,13 (35,86)	96,30 (12,20)	79,41 (35,12)
Funcionamiento emocional	80,71 (19,36)	80,37 (18,29)	80,09 (20,84)	82,89 (16,54)	78,13 (22,54)	81,94 (19,65)	79,41 (19,57)
Funcionamiento cognitivo	90,48 (14,73)	91,17 (15,72)	89,81 (14,16)	92,11 (12,87)	88,54 (16,91)	89,81 (14,16)	91,18 (15,72)
Funcionamiento social	88,57 (21,30)	87,25 (23,95)	89,81 (19,08)	94,74 (12,49)	81,25 (27,13)	94,44 (14,00)	82,35 (26,00)
Escala de síntomas							
Fatiga	80,00 (18,43)	76,47 (20,37)	83,33 (16,28)	83,04 (15,87)	76,39 (21,03)	83,95 (14,87)	75,82 (21,24)
Náuseas	98,09 (8,83)	99,02 (9,02)	97,22 (11,79)	96,49 (11,89)	100,00 (0,00)	97,22 (11,79)	99,02 (4,04)
Dolor	85,24 (24,51)	82,35 (27,93)	87,96 (21,24)	85,96 (25,00)	84,38 (24,70)	81,48 (27,94)	89,22 (20,36)
Disnea	11,42 (24,18)	15,68 (15,68)	7,41 (18,28)	8,77 (24,45)	14,58 (24,25)	12,96 (28,33)	9,80 (19,60)
Insomnio	20,00 (32,54)	23,53 (34,89)	16,67 (30,78)	14,04 (27,92)	27,08 (27,08)	24,07 (33,92)	15,69 (31,44)
Disminución del apetito	3,80 (13,46)	1,96 (8,08)	5,56 (17,14)	7,02 (17,84)	0,00 (0,00)	1,85 (7,86)	5,88 (17,62)
Estreñimiento	22,85 (30,00)	17,65 (23,91)	27,77 (34,77)	29,84 (35,95)	14,58 (20,97)	29,63 (32,11)	14,69 (26,66)
Diarrea	21,91 (33,28)	17,65 (31,44)	25,93 (35,34)	19,30 (32,04)	25,93 (25,93)	14,81 (30,73)	29,41 (35,12)
Dificultades económicas	10,48 (26,53)	7,842 (2,14)	12,96 (30,55)	3,51 (15,29)	18,75 (34,36)	3,70 (15,71)	17,65 (35,58)

1. Diferencia de medias en función del género. No existen diferencias estadísticamente significativas.
2. Diferencia de medias en función de la edad. No existen diferencias estadísticamente significativas.
3. Diferencia de medias en función del tiempo transcurrido desde la cirugía. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3. **Puntuaciones en ansiedad y depresión (HADS)**

	Ansiedad Media (Sx)	Depresión Media (Sx)
Total	3,31 (3,45)	3,31 (3,45)
Género¹		
Mujeres	4,41 (3,64)	2,65 (2,99)
Hombres	3,33 (4,17)	3,94 (3,81)
Edad²		
> 69 años	3,21 (3,81)	3,31 (3,23)
< 69 años	4,62 (3,99)	3,31 (3,80)
Tiempo desde cirugía³		
> 13 meses	4,33 (4,24)	2,61 (2,89)
< 13 meses	3,35 (3,57)	4,05 (3,91)

1. Diferencia de medias en función del género. No existen diferencias estadísticamente significativas.
2. Diferencia de medias en función de la edad. No existen diferencias estadísticamente significativas.
3. Diferencia de medias en función del tiempo transcurrido desde la cirugía. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. **Puntuaciones escala categórica de satisfacción**

	Contenido información Media (Sx)	Modo de informar Media (Sx)	Tratamiento (cirugía) Media (Sx)	Resultado cirugía Media (Sx)	Equipo médico Media (Sx)
Total	3,43 (1,00)	3,03 (1,18)	3,43 (0,95)	3,40(0,88)	3,77(0,65)
Género¹					
Mujeres	3,06 (1,25)*	2,82 (1,24)	3,29 (1,11)	3,35(0,86)	3,82(0,53)
Hombres	3,78 (0,55)	3,22 (1,11)	3,56 (0,78)	3,44(0,92)	3,72(0,75)
Edad²					
> 69 años	3,42 (1,12)	3,42(1,12)*	3,63 (0,83)	3,58(0,69)	3,95(0,23)
< 69 años	3,44 (0,89)	2,56(1,09)	3,19 (1,05)	3,19(1,05)	3,56(0,89)
Tiempo desde cirugía³					
> 13 meses	3,33 (1,19)	3,22 (1,22)	3,50 (1,04)	3,50(0,79)	3,94(0,23)
< 13 meses	3,53 (0,80)	2,82 (1,13)	3,35 (0,86)	3,29(0,99)	3,59(0,87)

1. Diferencia de medias en función del género. Existen diferencias estadísticamente significativas.
2. Diferencia de medias en función de la edad. Existen diferencias estadísticamente significativas.
3. Diferencia de medias en función del tiempo transcurrido desde la cirugía. No existen diferencias estadísticamente significativas.

* ($p < 0,05$)

dísticamente significativas en satisfacción en función del tiempo transcurrido desde la operación.

CONCLUSIONES

Aun estando libres de tratamiento activo y habiendo transcurrido más de un año de media de la cirugía se ha encontrado que 7 sujetos (20%) presentan problemas de calidad de vida global. Además un alto porcentaje de los pacientes presenta puntuaciones altas en la escala de síntomas de la Escala de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30, un 97% (34 sujetos) sufre náuseas, un 89% (31 sujetos) síntomas de fatiga y un 83% (29 sujetos) sufre dolor. Se ha observado, igualmente, que 9 sujetos (20%) presentan sintomatología ansiosa y 6 sujetos (10%) presentan sintomatología depresiva.

El paso del tiempo desde la intervención quirúrgica se asocia a una disminución de los síntomas depresivos, sin embargo, no se ha observado una mejora en las medidas de calidad de vida de los pacientes, ni en la sintomatología ansiosa.

En general, los pacientes están muy satisfechos con la atención hospitalaria recibida, tanto en lo que se refiere al contenido y modo de información recibida, como en lo que concierne al equipo médico, al tratamiento y a los resultados obtenidos

Los pacientes de cáncer colorrectal necesitan una atención integral para mejorar la calidad de vida y el estado emocional, ya que el mero paso de tiempo no produce una recuperación en calidad de vida y ansiedad, sino que se precisa de una intervención psicológica, que ha de aplicarse desde el inicio del tratamiento médico para optimizar la calidad asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabajo del Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/cancer-msc.pdf>.
2. Díaz-Rubio E, Aranda E. Cáncer colorrectal. En: Cortés-Funes H, Díaz-Rubio E, García-Conde J, editores. Oncología Médica. Madrid: Nona Sidonia Oncología, 1999; p. 585-636.
3. Reza MM, Blasco JA, Andradás E, Cantero R, Mayol J. Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 2006; 93:921-8.
4. Vázquez JM, Docobo F, Charlo T. Estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2000; 68(2):150-6.
5. Die Trill M, Die Goyanes A. La cirugía oncológica. En: Die Trill M, editor. Psico-oncología. Madrid: Ades, 2003; p. 263-74.
6. Jacobsen PB, Roth AJ, Holland JC. Surgery. En: Holland JC, editor. Psycho-oncology. Nueva York: Oxford University Press, 1998; p. 257-68.
7. Burton M, Parker R. Psychological aspects of cancer surgery: Surgeons' attitudes and opinions. *Psychooncology* 1997; 6:47-64.
8. Olivares ME. Hospitalización y cirugía: aspectos psicológicos. En: Arias J, Aller MA, Fernández-Miranda E, Arias JI y Lorente J, editores. Propedéutica quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio. Sevilla: Tebar, 2004; p. 693-703.
9. Contrada RJ, Leventhal EA, Anderson JR. Psychological preparation for surgery: marshalling individual and social resources to optimize self regulation. En: Maes S, Leventhal H, Johnston M, editors. *International Review of Health Psychology*. Chichester, England: John Wiley & Sons Inc; 1994:219-66.

10. Cella D. Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. En: Die Trill M, editor. *Psico-oncología*. Madrid: Ades, 2003; p. 779-86.
11. Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Láinez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psico-oncología* 2004; 1(1):87-98.
12. Anthony T, Jones C, Antoine J, Sivess-Franks S, y Turnage R. The Effect of Treatment for Colorectal Cancer on Long-Term Health-Related Quality of Life. *Ann Surg Oncol* 2001; 8(1):44-9.
13. Pacher J, Wille-Jorgensen P. Calidad de vida después de la resección rectal por cáncer con o sin colostomía permanente. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
14. Kavadas V, Blazeby JM, Conroy T, Serzer O, Holzner B, Koller M, et al. Development of an EORTC disease-specific quality of life questionnaire for use in patients with liver metastases from colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1259-63.
15. Mastracci TM, Hendren S, O'Connor B, McLeod RS. The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(12):1878-84.
16. Davidson-Jomewood J, Norman A, Uuchler TK, Cunningham D, Watson M. Development of a disease specific questionnaire to supplement a generic tool for QoL in colorectal cancer. *Psychooncology* 2003; 12:675-85.
17. Schwenk W, Neudecker J, Haase O, Raue W, Strohm T y Müller JM. Comparison of EORTC quality of life core questionnaire (EORTC-QLQ-C30) and gastrointestinal quality of life index (GIQLI) in patients undergoing elective colorectal cancer resection. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19(6):554-60.
18. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, Haese SD, et al. A international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer* 2005; 41:2120-31.
19. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Curran D, Groenvold M. The EORTC QLQ-C30 scoring manual. The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Bruselas, 1999.
20. Arraras JI, Garrido E, Pruja E, Marcos M, Tejedor M, Arias F. El cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clin Salud* 2000; 11(3):329-49.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70
22. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud. *Bol Psicol* 1992; 36:43-69.