

Alicia Krikorian* y Sara Bringas**

CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIA EMOCIONAL DE PACIENTES QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGÍA TORÁCICA: RESULTADOS PRELIMINARES

Fecha de recepción: julio 2 de 2004

Fecha de aceptación: septiembre 27 de 2004

RESUMEN

Los procedimientos quirúrgicos buscan tanto la supervivencia como la calidad de vida del paciente, siendo un importante factor en la relación costo – beneficio antes, durante y después del tratamiento. Este estudio exploró variables prequirúrgicas como calidad de vida, experiencia emocional y síntomas físicos de pacientes que se someten a cirugía torácica, y valoró si existían diferencias al comparar los pacientes sometidos a dos técnicas quirúrgicas distintas y de acuerdo

con su diagnóstico médico (maligno vs. benigno). Los síntomas físicos más frecuentes fueron insomnio, dolor, dificultad en la locomoción y disnea. Hay una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, y mayor alteración en salud general, salud mental, vitalidad y dolor corporal. No se encontraron diferencias entre los grupos de pacientes. Se requiere hacer un seguimiento postquirúrgico identificando factores de riesgo para una menor adaptación psicosocial.

PALABRAS CLAVE

Cirugía torácica, calidad de vida, depresión, ansiedad.

* Psicóloga, Master en Psicooncología, Universidad Complutense de Madrid. (0574) 2689708. E-mail: aliciakriko@hotmail.com

** Psicóloga, Master en Psicooncología, Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

La cirugía es el tratamiento de elección para pacientes con cáncer de pulmón de células no microcíticas (CPCNM) (Dales, Belanger, Shamji, Leech, Crépeau y Sachs, 1994; Reif, Socinski, Rivera, 2000), el cual ocupa el 75% del total de cánceres de pulmón. La decisión clínica de una resección pulmonar es realizada en servicios de cirugía torácica, teniendo en cuenta la posibilidad de extraer la lesión pulmonar de acuerdo con su localización (si es resecable) y aspectos como la morbilidad y mortalidad perioperatoria (si el paciente es operable).

La cirugía torácica implica riesgos de mortalidad y morbilidad que deben ser considerados tanto por lo profesionales como por los pacientes. Los índices de mortalidad perioperatoria se sitúan alrededor del 4% (Ginsberg et al. 1983; Birim et al, 2003) y la supervivencia a 5 años de tumores resecables es del 60% aproximadamente (79% para estadio IA, 60% para estadio IB, 57% para estadio IIA y 45% para estadio IIB). Existe una alta frecuencia de pacientes mayores y con múltiples comorbilidades, sin embargo, se han encontrado índices aceptables de mortalidad en esta población al compararlos con la población general (3,2%) y la supervivencia a 5 años alcanza el 37% (Birim et al, 2003).

El objetivo a largo plazo de los procedimientos quirúrgicos incluye no sólo la supervivencia del paciente, sino también su calidad de vida. De hecho, la calidad de vida antes, durante y después del tratamiento, es cada vez más reconocida como un importante factor en la relación costo – beneficio, sin embargo, existe poca información relacionada con la capacidad funcional y la calidad de vida pre y postquirúrgica después de una resección pulmonar (Handy et al, 2002)

Un estudio que valoraba la calidad de vida previa a la resección pulmonar por toracotomía

(la más frecuente técnica quirúrgica utilizada para esta finalidad) encontró que el 14% de los pacientes presentaba restricción moderada para la realización de actividades cotidianas, el 41% experimentaba disnea con actividades incluso leves y el 22% refería tener problemas con el autocontrol, la ansiedad o la depresión. No hubo diferencias respecto a la calidad de vida preoperatoria entre los pacientes con o sin cáncer, sin embargo, los pacientes oncológicos tuvieron más disnea. Estos últimos presentaron también mayor deterioro en los primeros 3 meses posteriores a la intervención aunque mejoraron en los siguientes 6 a 9 meses (Dales et al, 1994). En dicho estudio se equiparó calidad de vida con nivel de funcionalidad, asunto que requiere cautela en la interpretación de los datos, puesto que la calidad de vida es un concepto multidimensional que implica, además, aspectos emocionales, sociales y espirituales, entre otros. Esto es de especial importancia teniendo en cuenta que algunos autores han encontrado una discrepancia respecto a lo que es importante en el periodo postquirúrgico desde la visión del médico (mortalidad y complicaciones) y desde la visión del paciente (discapacidad física persistente). Paradójicamente, los médicos intentan predecir un estado transitorio del postoperatorio, mientras que los pacientes están preocupados por los aspectos más permanentes después de la cirugía (Dales et al, 1994).

Recientemente, Handy et al (2002) utilizaron el Cuestionario de Salud SF-36 para valorar la calidad de vida prequirúrgica de pacientes con cáncer sometidos a cirugía torácica, encontrando un mayor deterioro en las subescalas de Funcionamiento físico, Rol emocional, Salud mental y Vitalidad al compararlos con la población general. Llama la atención que también presentaron menos dolor que los sujetos sanos. En el seguimiento a 6 meses persistió el deterioro del Funciona-

miento físico y la Salud mental. Durante ese período también se vieron afectadas las subescalas de Rol físico, Funcionamiento social y Dolor.

Aunque la preocupación relacionada con los síntomas físicos es menor en pacientes con cáncer de pulmón recién diagnosticado, ésta es más frecuentemente atendida que los asuntos psicosociales según lo encontrado por Hill et al (2003). En esta investigación, los pacientes consideraban que menos de la mitad de sus preocupaciones (43%) eran atendidas por el equipo sanitario.

Algunas encuestas han mostrado que los pacientes usualmente quieren recibir más asesoría e información (Fennerty, Reid, O'Donnell et al, 1996), sin embargo, existe evidencia de que los médicos y enfermeras tienen limitaciones a la hora de detectar las necesidades (especialmente las emocionales) en sus pacientes (Goldberg et al, 1990; Kent et al, 1996). Esto puede llevar a la subestimación del malestar emocional en los pacientes, dejando sin resolver sus inquietudes y preocupaciones, lo cual tiene una gran relación con la aparición de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Parle, Jones y Maguire, 1996).

La depresión en particular, y el malestar emocional en general, no son evaluados rutinariamente en pacientes con cáncer de pulmón, sea éste resecable o no, aunque la mayoría de las investigaciones indican la necesidad de soporte psicosocial y su impacto en la mejora de la calidad de vida del paciente. Más aún, los pacientes se enfrentan a grados importantes de incertidumbre y miedo a la recurrencia después de una resección, aunque el tratamiento quirúrgico en etapas tempranas sea considerado curativo (Uchitomi et al, 2000).

No sólo los aspectos previos a una intervención pueden influir sobre el bienestar de

paciente, de hecho el mismo proceso de hospitalización puede ser visto como un momento de estrés físico, cultural, social y personal (Rodríguez Marín y Zurriaga, 1997) en tanto que es un entorno poco familiar para el paciente, lleno de situaciones impredecibles, generadoras de incertidumbre y de baja percepción de control (Lazarus y Folkman, 1986) pudiendo llevar así al detrimento de su estado emocional. De hecho, la ansiedad, depresión e irritabilidad son respuestas comunes en este período (López, Pastor y Neipp, 2003), especialmente en pacientes ya vulnerables psicológicamente, por lo cual es necesario atender al tiempo de estancia hospitalaria como un factor potencial en el deterioro de la calidad de vida y bienestar del paciente.

Atendiendo a los aspectos antes mencionados, el presente estudio tiene como objetivos:

- Explorar la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión prequirúrgicos de los pacientes que se someten a cirugía torácica.
- Examinar la presencia de síntomas físicos prequirúrgicos y su relación con ansiedad, depresión y calidad de vida.
- Comparar los síntomas físicos, la calidad de vida y el estado emocional prequirúrgico de los pacientes que son sometidos a dos técnicas quirúrgicas distintas (toracotomía versus toracoscopia).
- Comparar los síntomas físicos, la calidad de vida y el estado emocional prequirúrgico de los pacientes con un posterior diagnóstico de enfermedad maligna versus benigna.
- Determinar la relación entre estancia hospitalaria media y presencia de síntomas físicos, de ansiedad y de depresión y calidad de vida prequirúrgicos.

MÉTODO

Participantes y procedimiento

La muestra está constituida por pacientes que consultan por lesiones pulmonares al servicio de cirugía torácica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y son sometidos a una intervención quirúrgica.

Criterios de inclusión: participación voluntaria, capacidad para comprender las instrucciones de los instrumentos de evaluación (manejo del idioma castellano, nivel básico de escolaridad), ausencia de daño cerebral y de psicopatología severa (según lo registrado en la historia clínica y lo evaluado durante la entrevista psicológica), intervención mediante técnicas de toracotomía o toracoscopia.

Los pacientes fueron contactados en la consulta de cirugía torácica una vez el cirujano torácico consideró como resecable la lesión y los pacientes firmaron el consentimiento informado. Estos fueron contactados para una valoración psicológica en la cual se explicó la finalidad de la evaluación, se realizó una entrevista y se aplicaron los instrumentos de evaluación. Todos los pacientes fueron citados y entrevistados por una de las dos psicólogas estudiantes del Master en Psicooncología de la Universidad Complutense de Madrid. Aquellos que requirieron una preparación prequirúrgica o alguna intervención psicológica específica fueron atendidos al finalizar la valoración o fueron citados posteriormente.

El diagnóstico histológico se obtuvo después de la intervención quirúrgica, por lo cual, al momento de la valoración, tanto los pacientes como los investigadores, desconocían el tipo de patología.

Medidas

Se realizó una entrevista semiestructurada diseñada para el presente estudio, donde se obtuvo la siguiente información:

Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral.

Consumo de tabaco: ausente, previo (si el paciente ha dejado de fumar hasta un mes antes de la intervención) y actual.

Consumo de alcohol: ausente, ocasional (menos de 3 veces a la semana) o habitual (más de 3 veces a la semana).

Datos clínicos: diagnóstico médico histológico (enfermedad benigna, cáncer tipo epidermoide, cáncer tipo adenocarcinoma o cáncer metastásico), estadiaje (enfermedad benigna, estadio I, II, III y IV) y técnica quirúrgica (toracotomía o toracoscopia).

Presencia de síntomas físicos prequirúrgicos (dolor, disnea, dificultad en la locomoción, astenia, insomnio, anorexia, disminución del peso y otros síntomas): valorados en una escala de 1 a 4, donde 1 es ausencia del síntoma, 2 síntoma leve, 3 moderado y 4 fuerte. Se generó una puntuación total sumando las puntuaciones parciales para cada síntoma. Estos síntomas son los más frecuentemente informados por pacientes con cáncer de pulmón en la literatura (McCorkle y Benoliel, 1983; Degner y Sloan, 1995; Sarna et al, 1997).

Estancia hospitalaria: días en que el paciente permaneció hospitalizado, desde el día de la intervención quirúrgica hasta la fecha del alta hospitalaria, teniendo en cuenta los días de permanencia en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI).

Síntomas de ansiedad y depresión: para su valoración se utilizó el HAD (adaptación española del *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Se considera de 0 a 7 normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más problema clínico. Ha mostrado una adecuada consistencia interna, fiabilidad y validez, y es ampliamente utilizada para la evaluación del estado emocional de pacientes con cáncer (Zigmond and Snaith, 1983). En la adaptación

española facilita un coeficiente alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para la de depresión (Comeche, 1995).

Calidad de vida: se empleó la versión adaptada del Cuestionario de Salud SF-36, desarrollado durante el Medical Outcomes Study (Alonso et al, 1995). Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente y mide conceptos genéricos de salud relevantes a través de la enfermedad y grupos de tratamientos (Jenkinson, 1994). Su validez, fiabilidad y consistencia interna han sido demostrados en diferentes estudios con diversas poblaciones (Lyons, 1994; McHorney, 1993; Ware, 1992). Cada subescala se puntúa en un rango de 0 a 100, donde puntuaciones mayores significan mejor estado. Para el presente estudio, se generaron dos puntuaciones parciales: Salud física y Salud mental. La puntuación de Salud física se obtuvo promediando las subescalas de Función física, Rol físico, Dolor corporal y Salud general, mientras que la de Salud mental está integrada por Salud mental, Rol emocional, Función social y Vitalidad. Esta forma de puntuación ha sido utilizada en diversos estudios, y explica el 80 a 85% del total de la varianza de las 8 subescalas, obteniendo además adecuados niveles de alfa de Cronbach (Bullinger, Alonso, Apolone, Leplège, Sullivan, Wood-Dauphinee et al, 1998).

Plan de análisis de los datos

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS para el procesamiento de los datos. Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad y situación laboral), del consumo de tabaco y de alcohol, del diagnóstico médico, del estadio de la enfermedad y de la técnica quirúrgica. Se

obtuvieron puntuaciones medias de los síntomas físicos y el HAD. Para el HAD se crearon dos subgrupos, el primero de ansiedad / depresión baja (puntuaciones de 0 a 7) y el segundo de ansiedad / depresión alta (más de 8). También se tuvieron en cuenta casos con puntuaciones mayores de 11 (síntomas clínicamente relevantes). Se realizó un análisis correlacional entre la puntuación global de síntomas físicos y cada una de las subescalas del HAD, las puntuaciones parciales del SF-36 y cada una de sus subescalas.

Se realizó una comparación de medias para la puntuación global de síntomas físicos y cada una de las subescalas del HAD y del SF-36 entre pacientes sometidos a toracotomía vs. toracoscopía y entre pacientes con enfermedad benigna vs. maligna.

Finalmente, se comparó la estancia hospitalaria en los grupos de pacientes (toracotomía vs. toracoscopía y enfermedad benigna vs. enfermedad maligna) a través de un t-test, y se realizó un análisis correlacional entre estancia hospitalaria y las variables de síntomas físicos, síntomas de ansiedad y depresión y Salud mental y Salud física.

RESULTADOS

Se obtuvo información demográfica de 50 participantes en el estudio. La edad media fue 59,52 (SD 14,37) con un rango comprendido entre 23 y 77 años de edad. Los datos relacionados con el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral, el consumo de tabaco y de alcohol se recogen en la tabla 1. El 58% de los pacientes tuvo un diagnóstico final de malignidad (N=29), de los cuales 13 (26%) tuvieron un diagnóstico histológico de cáncer epidermoide, 9 (18%) de adenocarcinoma y 7 (14%) presentaron estadio IV. La mayoría de los pacientes fueron intervenidos por toracotomía (74%) y los restantes por

toroscopia. La estancia hospitalaria media fue de 8,62 días (SD 6,41).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos y clínicos (n=50)

Variable	N	%
Sexo		
Varón	37	74
Mujer	13	26
Estado civil		
Soltero	9	18
Casado	37	74
Separado/divorciado	1	2
Viudo	3	6
Nivel de estudios		
Analfabeto	1	2
Básicos	40	80
Superiores	9	18
Situación laboral		
Activo	18	36
Inactivo	32	64
Consumo de tabaco		
Ausente	11	22
Previo	31	62
Actual	8	16
Consumo de alcohol		
Ausente	17	34
Ocasional	18	36
Habitual	15	30

Síntomas físicos, síntomas emocionales y calidad de vida

En la tabla 2 se puede ver la media y desviación estándar de la puntuación global de síntomas físicos, de los síntomas de ansiedad y depresión y de las subescalas del SF-36. Los síntomas físicos más frecuentemente reportados fueron insomnio, dolor, dificultad en la locomoción y disnea. Respecto a los síntomas de ansiedad, el 20% (N=10) de los pacientes presentó síntomas clínicos dudosos, mientras que el 10% tuvo síntomas clínicamente relevantes (N=5). En cuanto a síntomas depresivos, el 16% (N=8) presentó síntomas dudosos y el 6% (N=3) clínicamente significativos. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el SF-36, se encontró que las subescalas que mostraron mayor afectación dentro de la muestra fueron: Salud general, Salud mental, Vitalidad y Dolor corporal.

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de los síntomas físicos, de los síntomas de ansiedad y depresión y de las subescalas del sf-36 (n=50)

Variable	X	SD
Síntomas físicos	12,60	3,53
HAD		
Ansiedad	4,96	4,28
Depresión	3,48	3,81
SF-36		
Función física	80,10	24,84
Rol físico	81,50	36,00
Dolor corporal	75,92	26,22
Salud general	62,22	22,40
Vitalidad	74,50	21,98
Función social	76,96	28,21

Rol emocional	79,24	35,62
Salud mental	71,84	23,66
Salud Física	74,94	17,15
Salud Mental	75,64	22,36

Relación entre síntomas físicos prequirúrgicos y ansiedad, depresión y calidad de vida

Se realizó un análisis correlacional entre la puntuación global de síntomas físicos y cada una de las subescalas del HAD, las puntuaciones parciales del SF-36 y cada una de sus subescalas. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas al nivel de 0,01 entre síntomas físicos y síntomas de ansiedad y depresión, así como entre síntomas físicos y todas las subescalas del SF-36 excepto para Rol físico y Rol emocional. La correlación entre síntomas físicos y Rol emocional fue significativa al nivel de 0,05 (ver tabla 3).

Tabla 3
Matriz de correlaciones entre síntomas físicos y variables emocionales y de calidad de vida

Síntomas Físicos		
	Correlación de Pearson	p
Ansiedad	0,458	0,001**
Depresión	0,487	0,000**
Salud Física	-0,659	0,000**
Salud Mental	-0,512	0,000**
Función física	-0,447	0,001**
Rol físico	-0,264	0,064
Dolor corporal	-0,531	0,000**
Salud general	-0,475	0,000**
Vitalidad	-0,524	0,000**

Función social	-0,399	0,004**
Rol emocional	-0,296	0,037*
Salud mental	-0,528	0,000**

** p < 0,01. * p < 0,05

Síntomas físicos, experiencia emocional y calidad de vida en pacientes con enfermedad benigna vs. maligna

Los dos grupos de pacientes eran similares en cuanto a edad, sexo, consumo de tabaco y consumo de alcohol, lo cual se constató a través de pruebas de chi cuadrado y t-test. Posteriormente, se hizo una comparación de medias teniendo en cuenta la puntuación global de síntomas físicos, las puntuaciones de ansiedad y depresión del HAD y las puntuaciones parciales de Salud Física Y Salud Mental del SF-36. Para disminuir la probabilidad de error tipo I se utilizó la corrección de bonferroni y por lo tanto se consideraron como significativas aquellas diferencias que superaran el nivel de 0,01. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables físicas, emocionales o de calidad de vida (ver tabla 4).

Síntomas físicos, experiencia emocional y calidad de vida en pacientes sometidos a toracotomía vs. toracosopia

No se encontraron diferencias entre los grupos respecto a variables de edad, sexo, consumo de tabaco o consumo de alcohol, por lo tanto se hizo una comparación de medias entre los pacientes sometidos a toracotomía y los sometidos a toracosopia, teniendo en cuenta las variables de Síntomas físicos, ansiedad, depresión, Salud física y Salud mental. Al igual que en el apartado anterior, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas.

Tabla 4

Comparación de medias entre pacientes con enfermedad benigna vs. maligna

Variable	Grupos		t	t- test	Significación
	Benigno (N=21)	Maligno (N=29)			
	Media (SD)	Media (SD)		Grados de libertad	
Síntomas físicos	12,76 (4,03)	12,48 (3,18)	0,27	48	0,79
Ansiedad	5,19 (4,91)	4,79 (3,83)	0,32	48	0,75
Depresión	3,52 (4,51)	3,44 (3,29)	0,06	48	0,95
Salud Física	72,30 (19,62)	76,83 (15,17)	-0,92	48	0,36
Salud Mental	75,06 (23,90)	76,05 (21,60)	-0,15	48	0,88

Estancia hospitalaria

Como se mencionó previamente, la estancia hospitalaria media total fue de 8,62 días (SD 6,41). Los pacientes sometidos a toracotomía tuvieron una estancia media de 9,84 días (SD 6,92) mientras que a quienes se practicó toracosopia permanecieron hospitalizados durante una media de 5,15 días (2,57), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t= 2,36$, $p<0.05$ con 48 grados de libertad). Aquellos con diagnóstico final de cáncer, tuvieron una estancia media de 10,45 días (SD 6,90) frente a 6,10 (SD 4,76) de aquellos con enfermedad benigna. Una vez más, la diferencia fue estadísticamente significativa al hacer una comparación de medias ($t= -2,49$, $p<0,01$, 48 grados de libertad). Con el fin de valorar si las variables emocionales, físicas o de calidad de vida prequirúrgicas tenían relación con la estancia hospitalaria se hizo un análisis correlacional, sin embargo, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre estas variables.

DISCUSIÓN

El presente estudio tenía como objetivo explorar variables prequirúrgicas como la

calidad de vida, la experiencia emocional y los síntomas físicos de los pacientes que se someten a cirugía torácica, y valorar si existían diferencias al comparar los pacientes sometidos dos técnicas quirúrgicas distintas (toracotomía y toracosopia) y de acuerdo con su diagnóstico médico final (enfermedad benigna y enfermedad maligna). También se valoró la estancia hospitalaria media total en relación con las variables mencionadas.

La muestra final, constituida por 50 pacientes, estaba compuesta, en su mayor parte, por varones, casados, con un nivel de educación básico, inactivos laboralmente y fumadores previos o actuales. Aproximadamente, el 60% mostró un diagnóstico final de malignidad y la técnica quirúrgica más utilizada fue la toracosopia.

Los síntomas físicos prequirúrgicos más frecuentes fueron insomnio, dolor, dificultad en la locomoción y disnea, lo cual coincide en parte con lo reportado en la literatura, donde algunos de los síntomas más prevalentes en pacientes con cáncer de pulmón son, dolor, fatiga e insomnio (McCorkle y Benoliel, 1983; Degner y Sloan, 1995; Sarna et al, 1997). Sin embargo, es

importante aclarar que, como era de esperar, estos síntomas fueron reportados como «leves» de acuerdo con su grado de severidad. Respecto a la calidad de vida prequirúrgica, las subescalas más afectadas fueron Salud general, Salud mental, Vitalidad y Dolor corporal, mostrando similares puntuaciones en la salud física percibida como en la mental. Esto es similar a lo encontrado en la población general, donde las subescalas mencionadas son las que presentan puntuaciones más bajas (Ayuso-Mateos et al, 1999). En el estudio llevado a cabo por Handy et al (2002), las subescalas con mayor deterioro prequirúrgico fueron Vitalidad, Rol físico y Rol emocional. Cabe precisar que su muestra, aunque era similar en variables como edad, situación laboral y consumo de tabaco, estaba compuesta por pacientes con cáncer recién diagnosticado en su totalidad, lo cual podría explicar las diferencias encontradas respecto a la subescala de Rol emocional. En el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar pacientes con cáncer o enfermedad benigna en ninguna de las variables estudiadas, lo que coincide con los hallazgos de Dales et al (1994). Incluso las puntuaciones medias del grupo de pacientes con enfermedad benigna tendieron a ser peores que las del grupo con enfermedad maligna, contrario a lo que se esperaría dadas las connotaciones sociales y culturales del cáncer y las amenazas médicas que enfrenta una persona con un proceso neoplásico activo. Podría argumentarse que pacientes con un diagnóstico final de cáncer de pulmón de algún modo identifican sus propios factores de riesgo conductual al desarrollo de la enfermedad (por ejemplo, el consumo de tabaco o la exposición a sustancias tóxicas) y esto les permite disminuir el impacto emocional y sobre la calidad de vida, mientras que pacientes del grupo no neoplásico se encontrarían frente a una situación sorpresiva y altamente amenazante con alto grado de incontrolabilidad. Sin

embargo, los datos arrojados en este estudio y el tipo de diseño utilizado no permitiría probar esta hipótesis, para lo cual se requerirían estudios posteriores.

Respecto a la experiencia emocional, un porcentaje importante de pacientes reportó síntomas de ansiedad (20%) y de depresión (16%) evidenciando la vulnerabilidad afectiva de los pacientes en etapa preoperatoria, cifras similares a las informadas por Dales et al (1994), donde el 22% de los individuos manifestaban problemas generales con el autocontrol, la ansiedad o la depresión. Las anteriores cifras hablan de un grado de sufrimiento que requiere asesoría y manejo profesional, por lo menos en un grupo de individuos, aspecto que probablemente pase desapercibido en servicios de cirugía donde no se hace de manera regular un screening emocional y psicológico. Sería válido profundizar en los factores que subyacen al reporte de estos síntomas ansiosos y depresivos, con el fin de hacer un abordaje más centrado en las necesidades particulares de esta población.

Al comparar los pacientes que se sometían a toracotomía vs. toracoscopia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables emocionales ni de calidad de vida. En el ámbito médico, la toracoscopia es considerada una intervención poco invasiva, diagnóstica en la mayoría de los casos y que implica un menor riesgo, sin embargo, los datos aquí encontrados muestran que los pacientes presentan similares niveles de ansiedad y estado emocional general prequirúrgico, independientemente de la técnica quirúrgica empleada. Esto indica necesidades similares en cuanto a la información y preparación prequirúrgica desde el punto de vista del paciente.

Para finalizar, se encontraron diferencias respecto a la estancia hospitalaria, siendo mayor para pacientes sometidos a toracotomía

y para pacientes con diagnóstico final de cáncer (teniendo en cuenta que se practicaron más toracotomías en este último grupo de pacientes). No se encontró relación entre variables físicas, emocionales o de calidad de vida prequirúrgicas y la estancia hospitalaria media. Será importante en el futuro hacer un análisis más pormenorizado de estas diferencias con el fin de identificar diferencias teniendo en cuenta a la vez tanto el diagnóstico médico como el procedimiento quirúrgico, lo cual no fue posible con el tamaño muestral conseguido hasta el momento.

El presente estudio cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar una muestra obtenida de un único centro hospitalario, lo que limita la generalizabilidad de los hallazgos. En segundo lugar, el tamaño muestral pequeño disminuye el poder de las pruebas estadísticas utilizadas y puede hacer que diferencias entre las variables estudiadas no alcancen la significación estadística, sesgando así los resultados. En tercer lugar, los síntomas físicos fueron valorados en una escala de 1 a 4, lo que disminuye la capacidad discriminadora de los datos y su potencial relación con otras variables.

A modo de conclusión será importante evaluar más de cerca el estado emocional prequirúrgico de los pacientes y hacer un seguimiento en el período postquirúrgico identificando factores de riesgo de una menor adaptación psicosocial posterior a la intervención. Así mismo, diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la adaptación prequirúrgica independientemente de la técnica quirúrgica empleada puesto que todos los pacientes se encuentran en un estado de vulnerabilidad psicológica y física similar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO J, Prieto L, Antó JM. (1995). *La versión española del «SF-36 Health Survey» (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Medicina Clínica. 104(20):771-76
- AYUSO-MATEOS JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. (1999). *Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36*. Acta Psychiatr Scand. 99: 26-32.
- BIRIM O, Zuydendorp M, Maat AP, Kappetein AP, Eijkemans MJC y Bogers AJ. (2003). *Lung resection for Non-small cell lung cancer in patients older than 70: mortality, morbidity and late survival compared with the general population*. Ann Thorac Surg 76:1796-1801
- BULLINGER M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S et al. (1998). *Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach*. J Clin Epidemiol. 51(11):913-923.
- COMECHÉ MORENO MI, Díaz García MI, Vallejo MA. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas*. Madrid: Fundación Universidad - Empresa.
- DALES RE, BELANGER R, Shamji FM, Leech J, Crépeau A y Sachs HJ. (1994). *Quality of life following thoracotomy for lung cancer*. J Clin Epidemiol 47 (12):1443-1449.
- DEGNER L, Sloan J. (1995). *Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in cancer*. J Pain Symptom Manage 10:423-431
- FENNERTY A, Reid A, O'Donnell M et al. (1996). *A named nurse programme for the care of patients with lung cancer*. Thorax. 51(S3), A57
- GINSBERG RJ, Hill LD, Eugon RT et al. (1983). *Modern thirty-day operative mortality for surgical resections in lung cancer*. J Thorac Cardiovasc Surg 86:654-658
- GOLDBERG R, Guadagnoli E, Silliman RA et al. (1990). *Cancer patient's concerns: congruence between patients and primary care physicians*. J Can Educ. 5:193-9
- HANDY JR, Aspa JW, Skokan S, Reed CE, Koh S, Brooks G et al. (2002). *¿What happens to patients undergoing lung cancer surgery?: Outcomes and quality of life before and after surgery*. Chest 122:21-30

CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIA EMOCIONAL DE PACIENTES QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGÍA TORÁCICA

- HAIR JF, Anderson RE, Tatham RL y Black WC. (1999). *Análisis Multivariante*. (5ª edición). Madrid: Prentice Hall.
- HILL KM, Amir Z, Muers MF et al. (2003). *Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met?* Eur J Cancer Care. 12:35-45
- JENKINSON C, Wright L, Coulter A. (1994). *Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample*. Quality of Life Research. 3:7-12
- KENT G, Wills G, Faulkner A et al. (1996). *Patients reactions to met and unmet psychological need: a critical incident analysis*. Pat Educ Counselling. 28(2):187-90
- LAZARUS RS Y FOLKMAN S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- LÓPEZ S, Pastor MA y Neipp MC. (2003). *Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización*. En: Remor E, Arranz P y Ulla S (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brower.
- LYONS RA, Perry HM, Littlepage BN. (1994). *Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population*. Age & Ageing. 23:182-4
- MCHORNEY CA, Ware JJ, Raczek AE. (1993). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs*. Medical Care. 31:247-63
- MCCORKLE R, Benoliel JQ. (1983). *Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life threatening disease*. Soc Sci Med 17:431-438
- PARLE M, Jones B, Maguire P. (1996). *Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients*. Psychol Med. 26(4):735-44.
- REIF MS, Socinski MA, Rivera MP. (2000). *Evidence-based medicine in the treatment of non-small cell lung cancer*. Clin Chest Med 21:107-120
- RODRÍGUEZ-MARÍN J Y ZURRIAGA R. (1997). *El hospital y la hospitalización: su impacto psicológico en el paciente*. En Rodríguez-Marín J y Zurriaga R (eds.). *Estrés, enfermedad y hospitalización* (pp 85-112). Granada: EASP
- SARNA L, Brecht ML. (1997). *Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer: a factor analysis*. Heart lung 26:23-30
- UCHITOMI Y, Mikami I, Kugaya A, et al. (2000). *Depression after successful treatment for non small cell lung carcinoma*. Cancer 89:1172-79
- WARE JJ, Sherbourne CD. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. Medical Care. 30:473-83
- ZIGMOND AS, Snaith RP. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr Scand. 67:361-370