



Calidad de vida en pacientes con tumores cerebrales: importancia de las variables psicológicas

Ana Sanz Cortés^{a*} y María Eugenia Olivares Crespo^b

^aFundación Grupo IMO. Unidad de Neurooncología, España

^bServicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico San Carlos y Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 21/05/2014
Revisión recibida: 18/06/2014
Aceptado: 14/07/2014

Palabras clave:

Calidad de vida
Glioma
Ansiedad y depresión
Rendimiento cognitivo

Keywords:

Quality of life
Glioma
Anxiety and depression
Cognitive performance

RESUMEN

Los síntomas clínicos de ansiedad y depresión, así como el deterioro cognitivo determinan la calidad de vida de los pacientes con tumores cerebrales (Liu, Page, Solheim, Fox y Chang, 2009). El objetivo de este estudio es analizar la calidad de vida y su relación con diferentes variables psicológicas en individuos diagnosticados de glioma hace seis meses. La muestra estuvo formada por 28 pacientes (58.6% hombres) con una edad media de 54.38 años, el 89.2% de los cuales estaba recibiendo tratamiento oncológico adyuvante. A todos ellos se les aplicó un protocolo de valoración con un instrumento de calidad de vida y una batería neuropsicológica (ansiedad y depresión, orientación, atención, memoria, lenguaje, gnosis y funciones ejecutivas). Los pacientes del estudio presentaron una peor calidad de vida en determinadas dimensiones (física, familiar, funcional) y en la percepción global de bienestar. Todas las áreas de la calidad de vida se asocian con variables de estado de ánimo y la presencia de manifestaciones clínicas de depresión explica una deficitaria calidad de vida. Por otra parte, el mejor rendimiento cognitivo de los pacientes con gliomas en procesos de reconocimiento de objetos, memoria y planificación indica una mayor calidad de vida global de dichos pacientes.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quality of life in patients with gliomas: The role of psychological variables

ABSTRACT

Clinical symptoms of anxiety and depression as well as cognitive impairment determine the quality of life of patients with brain tumors (Liu, Page, Solheim, Fox, & Chang, 2009). The aim of this paper is to analyze the quality of life and its relationship to psychological variables in individuals diagnosed with glioma six months earlier. The sample consisted of 28 patients (58.6 % male) with a mean age of 54.38 and 89.2 % of them receiving adjuvant therapy (chemotherapy). All subjects were administered a neuropsychological battery assessing quality of life, anxiety and depression, attention, memory, language, visuoconstructive skills, visual organization, language, and executive functions. These patients have a worse quality of life in certain dimensions (physical, functional, family) and overall perception of well-being. All areas of quality of life are associated with mood and the presence of clinical manifestations of depression accounts for a lower quality of life. On the other hand, improved cognitive performance in object recognition processes, memory, and planning indicates a higher overall quality of life of these patients.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

El término de tumor cerebral abarca un amplio número de procesos neoplásicos con diferencias histológicas, incluyendo las metástasis de tumores sistémicos (Peterson, 2001). Desde un punto de vista histológico, las neoplasias cerebrales primarias más frecuentes son los gliomas, que corresponden al 50% de los tumores del sistema nervioso central (SNC) (Ruíz y Arrazola, 2010) y pueden dividirse de acuerdo al grado de malignidad en gliomas de bajo grado y gliomas de alto grado.

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Ana Sanz Cortés. C/Emilio Vargas, 16. 28043 Madrid. E-mail: asanz@grupoimo.com

En diferentes estudios epidemiológicos se estima que la incidencia combinada de los tumores primarios del SNC es de 12 por cada 100.000 personas/año, siendo la cifra específica para tumores de alto grado de 7 por cada 100.000, con una mortalidad total estimada del orden de 4.7 por 100.000/año (Instituto Nacional del Cáncer, 2011). Las limitaciones en la curación completa de estas lesiones obliga a considerar el mantenimiento y mejora de la calidad de vida como objetivos principales a seguir por parte de los tratamientos oncológicos y de soporte (Henriksson, Asklund y Poulsen, 2011).

El estudio de la calidad de vida en los pacientes con gliomas, al igual que en otras neoplasias, se ha realizado aplicando el concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization - WHO, 1994). Esta se define como “la percepción personal de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Desde esta perspectiva, la calidad de vida tiene cuatro características que deben ser consideradas en la evaluación y análisis de la misma (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004): a) multidimensionalidad (hay acuerdo en que debe comprender al menos cuatro elementos, físico, funcional, emocional y social), b) subjetividad, referida a la naturaleza idiosincrática del propio concepto, que supone que la valoración de este concepto la debe realizar el propio paciente en función de sus valores y expectativas, c) temporalidad (los autores indican que la percepción fluctúa a lo largo de los diferentes momentos de la enfermedad y en función de los tratamientos y d) especificidad, ya que cada patología específica tendrá unos síntomas y consecuencias determinadas en cada área de la vida de un paciente.

Aunque la información sobre la calidad de vida en pacientes con gliomas es dispar, en función de los objetivos de cada investigación, diferentes autores (Gilbert, Armstrong y Meyers, 2000; Gustafsson, Eduardsson y Ahlstrom, 2006; Hanh et al., 2003; Heimans y Taphoorn, 2002; Liu, Page, Solheim, Fox y Chang, 2009; Taphoorn, Sizoo y Bottomley, 2010; Weitzner y Meyers, 1997) han indicado que la dimensión psicológica parece ser la más afectada, independientemente de la fase de enfermedad o de otras variables de la misma. En este sentido, Bosma et al. (2009) y Liu et al. (2009) indican que en pacientes con gliomas no se producía una mejoría en la calidad de vida global hasta que no se reestablecía el bienestar emocional doce meses después del diagnóstico.

En la misma línea de trabajo, diferentes autores han observado correlaciones significativas entre la calidad de vida y algunas variables psicológicas (funciones cognitivas y/o síntomas clínicos de ansiedad y depresión), que no se repetían con otras medidas funcionales o con el bienestar físico para pacientes con gliomas ni en otras poblaciones examinadas (pacientes con enfermedades neurológicas crónicas o individuos sanos). Giovagnoli, Silvani, Colombo y Boiardi (2005) observaron en pacientes con gliomas que presentaban recidiva de la enfermedad y que la puntuación total del cuestionario de calidad de vida correlacionaba con las puntuaciones en pruebas cognitivas y en los cuestionarios de ansiedad y depresión. De igual forma, Janda et al. (2007) manifiestan que la ansiedad correlacionaba con la subescala de bienestar emocional y con calidad de vida global, mientras que las de depresión con la subescala bienestar físico, funcional y con la escala global. Algunos autores señalan que los síntomas depresivos son el factor predictor de una calidad de vida deficitaria en pacientes con gliomas desde los primeros momentos de la enfermedad (Mainio et al., 2006; Pelletier, Verhoef, Khatri y Hagen, 2002) sin que estos resultados se reproduzcan en enfermos con otras patologías neurológicas o en población general (Giovagnoli, 1999; Lovely, Miaskowski y Dodd, 1999).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la calidad de vida de los pacientes con glioma seis meses después del diagnóstico y exéresis de la lesión, así como determinar la relación de este constructo de calidad de vida con diferentes variables psicológicas (emocionales y cognitivas). Para ello, se ha realizado una valoración de la calidad de vida, ansiedad y depresión y, en último lugar, del rendimiento en diferentes procesos cognitivos.

Método

Participantes

La muestra estaba constituida por 28 pacientes con glioma que habían sido sometidos a cirugía para diagnóstico histopatológico y

resección de la lesión en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Para el estudio se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años y menor de 75 años, no exceder los seis meses desde la resección de la lesión, comprensión y expresión adecuada del castellano y mantener un estado clínico de consciencia y orientación que permitiera realizar la valoración. Los criterios de exclusión utilizados fueron: tener enfermedad neurodegenerativa, historia psicopatológica severa, enfermedad oncológica previa a la actual y haber sido sometido únicamente a una biopsia para diagnóstico anatomopatológico de la lesión.

El perfil sociodemográfico de la muestra fue el siguiente: el 58.6% eran varones, con una edad media de 54.38 (DT: 12.96) y un rango comprendido entre los 27 y 72 años. Además, el 75.9% estaba casado y el 96.6% tenía una dominancia manual diestra. Respecto al nivel educativo, el 62.1% de los participantes tenía una educación comprendida entre los siete y doce años y el 41.4% tenía completos los estudios primarios (EGB). A nivel laboral, el 100% de la muestra estaba en situación de incapacidad temporal en el momento de la valoración.

En relación a las variables médicas, resumidas en la tabla 1, el 75% de los pacientes recibieron diagnóstico anatomopatológico de glioma

Tabla 1
Características médicas de la muestra

Características médicas	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de glioma		
Astrocitoma grado II	4	14.30%
Oligodendroglioma grado II	3	10.70%
Oligodendroglioma grado III	2	7.20%
Astrocitoma anaplásico	3	10.70%
Glioblastoma multiforme	16	57.10%
Grado de malignidad		
Glioma de alto grado	7	25%
Glioma de bajo grado	21	75%
Ubicación del glioma		
Hemisferio izquierdo	7	25%
Hemisferio derecho	20	71.4%
Afectación bilateral	1	3.6%
Un solo lóbulo		
Frontal	16	57.1%
Parietal	2	7.1%
Temporal	7	25%
Occipital	1	3.6%
Dos lóbulos	1	3.6%
Tres lóbulos	1	3.6%
Procedimiento quirúrgico		
Craneotomía convencional para resección tumoral	18	64.3%
Craneotomía con mapeo intraoperatorio para resección tumoral	10	35.7%
Resección quirúrgica		
Macroscópicamente completa	12	42.8%
Subtotal	11	39.3%
Parcial	5	17.9%
Complicaciones posteriores cirugía		
Complicaciones neurológicas	12	42.8%
Complicaciones regionales	11	39.3%
Complicaciones sistémicas	3	10.7%
Tratamiento oncológico adyuvante		
Régimen Stupp (radioterapia y TMZ concomitante y mantenimiento)	21	75%
Radioterapia y quimioterapia intraoperatoria (Gliadel)	2	7.1%
Sólo quimioterapia (TMZ)	2	7.1%
Tratamiento soporte		
Corticoterapia	9	47.4%
Antiepilépticos	26	92.8%
	Un fármaco	
	Más de un fármaco	2
		7.2%

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/903535>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/903535>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)