

Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer

Ma. del Carmen Lara-Muñoz*
Sergio Ponce de León**
Juan Ramón de la Fuente***

Summary

An instrument that measures cancer patient's quality of life must be valid, reliable and practical. In this study we developed an instrument that assesses quality of life in cancer patients. We present the results obtained in its first development stages. Study was divided into 2 parts: 1) creation of items that were: Quality of Life Criterion (QLC) and Non-structured Interview (NSI), along with Spitzer's Quality of Life Index and Karnofsky Index. QLC showed internal consistency of .93; 2) To apply the items to patients, where quality analysis let us know with more detail about our patients experience. We present content validity and internal consistency of our instrument; construction validity and reliance are under evaluation.

Resumen

Un instrumento que mida la calidad de vida de los enfermos con cáncer debe ser válido, confiable y práctico. En este trabajo desarrollamos un instrumento que evalúa la calidad de vida en pacientes con cáncer y damos los resultados obtenidos en sus primeras etapas de desarrollo. El estudio se dividió en 2 partes: 1) la generación de reactivos, que fueron: el Criterio de Calidad de Vida (CCV) y Entrevista no Estructurada (ENE), junto con el Índice de Calidad de Vida de Spitzer y el Índice de Karnofsky, donde el CCV mostró una consistencia interna de .93; y 2) la aplicación de reactivos a pacientes, donde el análisis cualitativo nos permitió conocer con más detalle la experiencia de nuestros pacientes. Mostramos la validez de contenido y la consistencia interna de nuestro instrumento; la validez de construcción y la confiabilidad están siendo evaluadas.

Las dificultades para definir y medir la calidad de vida de los enfermos con cáncer han sido revisadas extensamente en un artículo anterior (4).

En el desarrollo de instrumentos de medición, el primer requisito es la validez de apariencia (*face validity*) y la validez de contenido, es decir, que el instrumento nos dé la información que nos interesa. Como la calidad de vida es una variable relacionada con los valores de la gente, con su subjetividad, determinado todo

esto por el contexto social, cultural y económico, es evidente que la mayoría de los instrumentos actualmente en uso no cumplen con este requisito ya que no evalúan la experiencia de los enfermos que son atendidos en servicios de salud en México.

Considerando que los instrumentos existentes poseen limitaciones en cuanto a su validez de contenido, ya que no reflejan la experiencia de nuestros enfermos, la discusión sobre sus características clinimétricas pasaría a segundo término. Aunque algunos autores (5) han mencionado que la cuestión no es qué medir sino hacerlo de manera reproducible, es necesario que los instrumentos desarrollados por lo menos tengan la validez a la que hemos hecho referencia.

Idealmente, un instrumento que mida la calidad de vida de los enfermos con cáncer debe ser válido (reflejar la experiencia de los enfermos y ser relevante clínicamente), debe ser confiable (repetible), y debe ser práctico en función del tiempo empleado para su aplicación, calificación, inteligibilidad, etc. (1).

Poco se ha estudiado sobre la calidad de vida de los enfermos con cáncer en nuestro medio, principalmente por la carencia de instrumentos de medición. En este artículo se describen los resultados iniciales de un instrumento para medir la calidad de vida de los enfermos con cáncer.

Este estudio se desarrolla en varias etapas, de acuerdo con lo propuesto por Guyatt y col., quienes proponen dos modelos de cuestionarios para la evaluación de la calidad de vida: el "Rolls-Royce" y el "Volkswagen". El modelo "Rolls-Royce" demanda una gran cantidad de recursos, un interés particular en el cuestionario y la necesidad específica de evaluar la calidad de vida. Esencialmente, estos modelos se diferencian por la generación de reactivos que van a incluirse en el cuestionario. En el modelo VW se emplean instrumentos existentes y se consulta con personal médico o paramédico con experiencia en la atención de enfermos. En el modelo Rolls-Royce, además, de lo anterior, se revisa intensivamente la literatura y se hacen entrevistas semiestructuradas de 50 a 100 pacientes (2).

En este trabajo damos los resultados obtenidos en las primeras etapas del desarrollo de este instrumento: validez de contenido y consistencia interna. La va-

* Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

** Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

*** Secretaría de Salud.

Correspondencia: Ma. del Carmen Lara-Muñoz, 5 Sur 2702-B, 72400, Puebla, México.

lidez de construcción y la confiabilidad interobservador están siendo evaluadas.

Material y método

Pacientes

Se incluyeron en el estudio pacientes del servicio de oncología de un hospital universitario: 1) con diagnóstico histopatológico de cáncer; 2) que conocieran su diagnóstico; 3) que hubieran recibido por lo menos un tratamiento antineoplásico; 4) hombres o mujeres entre 18 y 70 años de edad; 5) de la consulta externa o en las primeras 24 horas de hospitalización y 6) que aceptaran ser entrevistados.

Se excluyó a los pacientes: 1) postoperados, 2) con mal estado general que impidiera la entrevista, 3) con alteraciones cognoscitivas (confusión, desorientación, etc.)

Parte 1: Generación de reactivos

Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron: 1) Criterio de Calidad de Vida, 2) Entrevista no Estructurada, 3) Índice de Calidad de Vida de Spitzer, 4) Índice de Karnofsky.

1. Criterio de Calidad de Vida (CCV). Se desarrolló un cuestionario de seis preguntas para la evaluación subjetiva, global y unidimensional de la calidad de vida. Cada pregunta tenía cuatro posibles respuestas. La que indicaba la apreciación más favorable respecto a las condiciones de la vida del paciente se calificaba con 4 ("muy contenta", "muy satisfecha", etc.). La que indicaba la apreciación más desfavorable se calificaba con 1 ("muy descontenta", "muy insatisfecha", etc.). La calificación mínima era

Cuadro 1
Evaluaciones de la calidad de vida

| | <i>n = 28</i> <i>mediana</i> |
|--------------------------|---------------------------------|
| Criterio CV | |
| Sentirse | |
| A gusto | 3 |
| Satisfecho | 3 |
| Que la vida es agradable | 3 |
| Que la vida es buena | 3 |
| Contento | 3 |
| Feliz | 3 |
| Índice de Spitzer | 7 |
| Karnofsky | 70 |

Alpha de Cronbach .93.

de 6 y la máxima (mejor calidad de vida) de 24 (cuadro 1).

2. Entrevista no Estructurada (ENE). Se le preguntó al paciente sobre su enfermedad, permitiendo que refiriera cómo se había sentido desde el inicio de la misma y cómo se sentía actualmente. A los pacientes que se les aplicó el CCV esta ENE se completó anotando todos los comentarios que los pacientes hicieron durante la aplicación del mismo.
3. Índice de Calidad de Vida de Spitzer. Incluye 5 categorías que se califican con 0 (las peores condiciones), 1 (condiciones regulares), 2 (buenas condiciones). La calificación mínima puede ser de 0 y la máxima de 10 (6).
4. Índice de Karnofsky. Índice de funcionamiento con calificaciones de 100 (sin ninguna forma de incapacidad funcional) a 0 (muerte) (3).

Procedimiento

Mediante la revisión del expediente se estableció qué pacientes reunían los criterios de inclusión. Después de la presentación de las investigadoras se les pidió a los pacientes que nos permitieran hacerles unas preguntas sobre cómo era su vida desde que había empezado la enfermedad (ENE). Mediante esta entrevista se exploraron los factores que determinaban su CV. A los pacientes a los que se les aplicó el CCV se les calificó al principio de la entrevista. Al finalizar ésta se calificaron los índices complementarios (Spitzer y Karnofsky).

Se determinó la consistencia interna del CCV y ésta se correlacionó con los índices de Spitzer y Karnofsky.

Se analizó el contenido de cada una de las entrevistas. Se diseñó un inventario con todas las condiciones mencionadas por los pacientes como importantes en sus vidas. Se agregaron los factores que se incluyen frecuentemente en otros instrumentos aunque no hubieran sido reportados por nuestros pacientes.

Resultados

Se entrevistaron 43 pacientes. De aquellos a los que se les pidió su colaboración, no se pudo entrevistar a dos (un hombre que se negó a responder y una mujer con CI clínicamente inferior al término medio, por lo que no entendió).

A 15 pacientes solamente se les hizo la entrevista no estructurada. A 28 pacientes, además de ésta se les aplicó el CCV, el Spitzer y el Karnofsky.

De los pacientes entrevistados, 37 (86 %) eran mujeres. El promedio de edad fue de 46 años (49 los hombres y 45 las mujeres). La escolaridad fue de 5 años en promedio. El 63 % de los pacientes vivía con pareja estable.

Diecinueve mujeres (44 %) tenían diagnóstico de cáncer cervicouterino y 6 (13.9 %) cáncer de mama. La mitad de los pacientes habían sido sometidos por lo menos a dos modalidades terapéuticas, cirugía, radioterapia o quimioterapia. La mayoría fue entrevistada cuando acudía a las sesiones de radioterapia (42 %); el resto estaba hospitalizada o esperaba su consulta.

CUADRO 2
Correlación entre los índices de calidad de vida*

| | Criterio CV | Spitzer | Karnofsky |
|-------------|-------------|---------|-----------|
| Criterio CV | — | .66 | .48 |
| Spitzer | | — | .80 |
| Karnofsky | | | — |

* Coeficiente de correlación de Spearman.

La consistencia interna de la escala a la que denominamos "criterio de calidad de vida" fue de .93 (alpha de Cronbach).

La mediana del Índice de Karnofsky fue de 70 y del de Spitzer fue de 7 (máximo posible 10, mínimo 0).

Las correlaciones entre los instrumentos se observan en el cuadro 2.

Los factores que los pacientes mencionaron con mayor frecuencia como causa de su malestar o bienestar se indican en el cuadro 3. En el cuadro sólo se muestran las condiciones más frecuentes. Sin embargo, para la construcción del instrumento, se incluyeron todas las condiciones mencionadas por los pacientes, aun aquellas cuya frecuencia fue menor de 5 %.

Conclusiones

La consistencia interna del CCV, desarrollado por nosotros, fue de .93 lo que parece indicar que los descriptores seleccionados corresponden a una misma experiencia. Las correlaciones con otros indicadores confieren cierta validez a este CCV: la baja correlación con el Karnofsky es explicable ya que este último alude exclusivamente a un nivel de funcionamiento y no es un indicador subjetivo. La correlación fuerte (.66) con el Índice de Spitzer indica que ambos evalúan alguna experiencia similar (subjetiva). La correlación mayor se dio entre el Karnofsky y el Índice de

Spitzer, lo que es explicable, ya que por lo menos el 40 % de los reactivos de éste evalúan el funcionamiento físico.

Los resultados más importantes de esta parte son los que corresponden a la entrevista semiestructurada. Los problemas mencionados por los pacientes los incluimos en un cuestionario extenso que hemos aplicado y cuyos resultados se indican en la siguiente parte.

Parte 2: Pacientes

Se incluyeron en el estudio 74 pacientes del servicio de oncología de un hospital universitario con los mismos criterios de inclusión y exclusión que los pacientes de la primera parte del estudio.

Las características de los pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario se presentan en el cuadro 1.

Instrumentos

1. Criterios de Calidad de Vida (CCV). Se eliminó "muy contenta" y "muy feliz" ya que estos reactivos, más que a la apreciación de la calidad de vida, corresponden a estados de ánimo. Quedaron cuatro reactivos: "satisfecho", "a gusto", "sentir que la vida es buena", "sentir que la vida es agradable". La apreciación más desfavorable se calificó con 1 ("muy a disgusto", "muy insatisfecha", etc.) y la más favorable con 3. La calificación mínima era de 4 y la máxima (mejor calidad de vida) de 16.
2. Cuestionario de Calidad de Vida H-U. A partir de una entrevista no estructurada se identificaron 85 problemas relacionados con la enfermedad, con los que se desarrolló el Cuestionario de Calidad de Vida H-U. Cada reactivo consta de dos partes; en la primera se inquiriere sobre la presencia o no de síntomas "¿ha tenido dolor?"; las posibles respuestas

CUADRO 3
Problemas mencionados por los pacientes en la entrevista semiestructurada

| | <i>n</i> | % |
|---|----------|------|
| <i>Síntomas físicos</i> | | |
| Dolor | 24 | 55.8 |
| Movilidad | 7 | 16.3 |
| Vómito | 6 | 13.9 |
| Sueño | 6 | 13.9 |
| Apetito | 6 | 13.9 |
| <i>Síntomas psicológicos</i> | | |
| Desesperación | 7 | 16.3 |
| Tristeza | 6 | 13.9 |
| Decaimiento | 4 | 9.3 |
| Desesperanza | 4 | 9.3 |
| <i>Relaciones</i> | | |
| Preocupación o problemas con los hijos | 16 | 37.2 |
| Preocupación o problemas con el esposo | 6 | 13.9 |
| Preocupación o problemas con otros familiares | 5 | 11.6 |
| <i>Otros</i> | | |
| Problemas económicos | 9 | 20.9 |
| Trabajo | 5 | 11.6 |
| Deseo de estar en casa | 4 | 9.3 |

CUADRO 4
Cuestionario de calidad de vida

| <i>Índices que se obtienen</i> | <i>Número de reactivos</i> | <i>Puntuación máxima</i> |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Dimensión física | 31 | 93 |
| Dimensión psicológica | 33 | 99 |
| Dimensión social | 21 | 63 |
| Total | 85 | 255 |
| Física-ponderada* | 31 | 279 |
| Social-ponderada* | 21 | 189 |
| Total-ponderado+ | 85 | 567 |

* Se multiplica la puntuación de la primera parte de la pregunta por la segunda parte.

+ Se suman las dimensiones física y social ponderadas y la dimensión psicológica.

CUADRO 5
Características de los pacientes estudiados

| | <i>Mujeres (n = 61)</i> | | <i>Hombres (n = 13)</i> | | <i>Todos (n = 74)</i> | |
|---------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | <i>x (de)</i> | <i>rango</i> | <i>x (de)</i> | <i>rango</i> | <i>x (de)</i> | <i>rango</i> |
| Edad | 47.8 (12) | 23-70 | 52.5 (15.8) | 19-70 | 48.6 (12.7) | 19-70 |
| Escolaridad | 5.2 (5) | 0-17 | 5.1 (3.1) | 1-12 | 5.2 (4.7) | 0-17 |
| Tiempo de evolución | 12.7 (22.6) | 1-99 | 12.5 | 1-55 | 12.7 (21.4) | 1-99 |

son: "no", "un poco", "mucho", "muchísimo" (que se califican con 0, 1, 2, 3, respectivamente). En caso afirmativo, se pregunta sobre la molestia que esto ha ocasionado "¿qué tanto le ha molestado este dolor?"; las posibles respuestas son: "no me molesta", "me molesta un poco", "me molesta mucho" o "me molesta muchísimo" (calificadas como 0, 1, 2, 3, respectivamente). Treinta y una preguntas corresponden a la dimensión "física", que incluye síntomas de la enfermedad o producidos por los tratamientos. En la dimensión "psicológica" se pregunta sobre el estado de ánimo y otros síntomas psicológicos. Por ejemplo: "¿se ha sentido triste?"; las repuestas también se califican del 0 al 3. Esta sección consta de 33 preguntas sencillas. La tercera parte del cuestionario es una parte menos homogénea que las dos primeras. En esta dimensión "social" se incluyen preguntas relacionadas con las interacciones sociales (familia, personal médico, etc.). Veintiún preguntas forman esta sección y al igual que las de la primera, constan de dos partes. Se califican de la misma manera. Con este cuestionario se obtienen los resultados que se presentan en el cuadro 4. Se emplearon también el Índice de Spitzer y el de Karnofsky descritos en la sección anterior.

procedimiento

Mediante la revisión del expediente se estableció qué pacientes reunían los criterios de inclusión. Después de la presentación de la investigadora se les pidió a los pacientes que nos permitieran hacerles unas preguntas relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos.

El Cuestionario de la Calidad de Vida H-U se aplicó de la forma ya señalada en la sección de instrumentos.

Aproximadamente, al 60 % de los pacientes se le aplicó también el Criterio de Calidad de Vida. Al final de la entrevista se calificaron los índices complementarios (Spitzer y Karnofsky). Se determinó la consistencia interna (alfa de Cronbach) del "criterio" y de cada una de las subescalas del "cuestionario". Se correlacionaron los índices obtenidos con el Cuestionario de la Calidad de Vida con el "criterio" y con los índices de Spitzer y Karnofsky.

Resultados

A los 74 pacientes entrevistados se les aplicó el "cuestionario" y se evaluaron con la Escala de Kar-

CUADRO 6
Servicio, tiempo de evolución y modalidad de tratamiento

| | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|----------|----------|
| Servicio | | |
| Consulta externa | 51 | 69 |
| Hospitalización | 12 | 16 |
| Radioterapia | 11 | 15 |
| Tiempo y evolución | | |
| Un mes | 23 | 31 |
| 1-12 meses | 29 | 39 |
| 13-60 meses | 18 | 24 |
| Más de 60 meses | 4 | 5 |
| Tratamientos recibidos | | |
| Radioterapia | 21 | 28 |
| Quimioterapia | 9 | 12 |
| Cirugía | 9 | 12 |
| Radioterapia + cirugía | 15 | 20 |
| Quimioterapia + cirugía | 10 | 13.5 |
| Quimioterapia + radioterapia | 4 | 5 |
| Radioterapia + quimioterapia + cirugía | 6 | 8 |

Cuadro 7
Consistencia interna de los instrumentos empleados

| Escala | Alpha de Cronbach |
|-----------------------|-------------------|
| Dimensión física | 0.89 |
| Dimensión psicológica | 0.94 |
| Dimensión social | 0.65 |
| Criterio subjetivo | 0.80 |
| Índice de Spitzer | 0.70 |

nofsky. A 72 se les aplicó también el Índice de Spitzer y 46 también se evaluaron con el "criterio" además de los instrumentos mencionados.

De los pacientes entrevistados, 82 % eran mujeres. La edad y la escolaridad de los pacientes, así como el porcentaje de ellos que vivían con una pareja estable (69 %) fueron similares a los entrevistados en la primera parte de este estudio (cuadro 5).

El 47 % de las mujeres tenía diagnóstico de cáncer cervicouterino, y 23 % tenía un diagnóstico de cáncer de mama. El diagnóstico de los hombres fue muy variado (próstata, vesícula, leucemias/linfomas, piel y partes blandas).

La mayoría de los pacientes fueron entrevistados cuando acudía a la consulta externa, el resto estaba hospitalizado o recibía radioterapia. El mayor porcentaje de pacientes tenía de más de un mes hasta un año de evolución de la enfermedad (39 %). La mitad de los pacientes había sido sometida a una sola modalidad terapéutica (cirugía, radioterapia o quimioterapia) (cuadro 6).

La consistencia interna, evaluada mediante el alfa de Cronbach, del "criterio", de las diferentes subescalas del Cuestionario de la Calidad de Vida y del Índice de Spitzer se observa en el cuadro 7. Las dimensiones física y psicológica de nuestro cuestionario tienen consistencias "casi perfectas" ya que así son considerados, convencionalmente, los índices de consistencia superiores a .80. Las otras tres escalas tienen consistencias "sustanciales" (5). Es interesante mencionar que a excepción de la escala social nuestros indicadores tienen consistencias superiores al Índice de Spitzer.

Las correlaciones entre las subescalas del Cuestionario de Calidad de Vida se observan en el cuadro 8. Las calificaciones ponderadas, como se anotó en el

CUADRO 9
Coeficientes de correlación entre el Cuestionario de Calidad de Vida H-U y los diferentes índices de evaluación de la calidad de vida*

| | CCV n = 46 | Spitzer n = 72 | Karnofsky n = 74 |
|-------------|---------------|-------------------|---------------------|
| Física | -0.1837 | -0.5961 | -0.4422 |
| Psicológica | -0.3383 | -0.4738 | -0.2521 |
| Social | -0.1730 | -0.6429 | -0.4134 |
| Total | -0.2801 | -0.6512 | -0.3812 |
| Física-p | -0.0534 | -0.6094 | -0.3952 |
| Social-p | -0.1119 | -0.5784 | -0.3260 |
| Total-p | -0.1996 | -0.6413 | -0.3583 |

* Coeficiente de correlación de Spearman.

cuadro 4, se obtienen al multiplicar la respuesta de la primera parte de la pregunta (presencia del síntoma), por la segunda parte de la misma (intensidad de la molestia). Es evidente que este mecanismo no puede emplearse en la escala psicológica ya que todas las preguntas evalúan directamente la molestia o el impacto emocional de la enfermedad (o sus tratamientos) sobre el paciente. El cuadro 8 muestra algunas cosas importantes. En primer lugar, cabe resaltar la elevada correlación (.97) entre la puntuación total y la puntuación total ponderada. En segundo lugar, las dos escalas que se ponderan también tienen correlaciones elevadas entre las dos formas: no ponderada y ponderada (la física .94 y la social .86).

La correlación del "criterio" de evaluación de la calidad de vida con las subescalas del "cuestionario" es "regular" únicamente con la dimensión psicológica y con el total (-.33 y -.28, respectivamente) (cuadro 9). Es conveniente mencionar que estas correlaciones negativas se deben a que mientras más alta sea la puntuación del "cuestionario", más problemas y molestias habrá.

Las correlaciones de las subescalas de nuestro cuestionario con el Índice de Spitzer van de moderadas (física, psicológica, y social-p) a sustanciales (importantes) (social, total, física-p y total-p), como se observa en el mismo cuadro 9. A excepción de la escala física-p, las escalas no ponderadas, incluyendo las puntuaciones totales, tienen mejores correlaciones con el Índice de Spitzer que las ponderadas.

CUADRO 8
Coeficiente de correlación de Spearman entre las subescalas del cuestionario de calidad de vida*

| | Física | Psicológica | Social | Total | Física-p | Social-p |
|-------------|--------|-------------|--------|-------|----------|----------|
| Psicológica | .6770 | | | | | |
| Social | .4624 | .5307 | | | | |
| Total | .8160 | .9216 | .7352 | | | |
| Física-p | .9458 | .6484 | .4804 | .7883 | | |
| Social-p | .6197 | .5673 | .8648 | .7186 | .4853 | |
| Total-p | .8256 | .8952 | .6916 | .9702 | .8397 | .7548 |

* n = 74.

También en el cuadro 9 se muestran las correlaciones del cuestionario con la Escala de Karnofsky. De acuerdo con lo esperado, por el tipo de variables evaluadas se observa que esta escala tiene una correlación moderada con las dimensiones física y social. El resto de correlaciones son regulares. Si bien la correlación con la dimensión física no requiere mayor comentario, la correlación con la dimensión social puede explicarse si tomamos en cuenta que en ésta se incluyen algunos reactivos relacionados con el funcionamiento social del paciente. Es evidente que la menor correlación es con la dimensión psicológica ya que en la Escala de Karnofsky no se incluyen aspectos psicológicos. Nuevamente se observan correlaciones más elevadas con las variables no ponderadas.

Conclusiones

Hasta este momento, nuestros resultados apuntan en la dirección esperada, en cuanto a las características del instrumento que estamos desarrollando. Una primera conclusión, después de analizar cuidadosamente los coeficientes de correlación y los resultados de las diferencias entre grupos, es que, a pesar de lo que se recomienda en la bibliografía, el hecho de ha-

cer preguntas sobre las molestias que ocasionan los síntomas o algunos problemas, no mejoran el cuestionario y lo alargan notablemente.

Las diferencias observadas con el cuestionario y que no son evidentes con otros instrumentos, nos indican que con éste estamos evaluando aspectos que no son valorados por otros instrumentos. El análisis cualitativo de los reactivos incluidos en nuestro cuestionario, nos permitirá conocer con más detalle la experiencia de nuestros pacientes.

Con estos resultados estamos en la posibilidad de proponer un instrumento más corto, que tenga las mismas características clinimétricas de este cuestionario, pero que pueda emplearse en la práctica clínica cotidiana. Actualmente, nos encontramos en el proceso de seleccionar no solamente con criterios estadísticos, sino fundamentalmente clínicos, los reactivos que serán incluidos en el Índice Breve. Con éste, iniciaremos la última parte de este proyecto que será la evaluación del mencionado cuestionario.

Al observar la importancia de la dimensión psicológica, hemos decidido emplear en esta última parte, una escala de evaluación psicológica convencional, a fin de determinar las diferencias y las posibles ventajas o desventajas derivadas del empleo de estos diferentes instrumentos.

REFERENCIAS

1. FELDSTEIN ML: Quality-of-life adjusted survival for comparing cancer treatments. *Cancer*, 67:851-4, 1991.
2. GUYATT GH, BOMBARDIER C, TUGWELL PX: Measuring disease-specific quality of life in clinical-trials. *CMAJ*, 134:889-95, 1986.
3. KARNOFSKY DA, ABELMANN WH, CRAVER LF, BURCHENAL JH: The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1:634-56, 1948.
4. LARA-MUÑOZ MC, PONCE DE LEON S, DE LA FUNTE JR: Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin*, 47:315-27, 1995.
5. SLEVIN ML, PLANT H, LYNCH D, DRINKWATER J, GREGORY WM: Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 57:109-12, 1988.
6. SPITZER WO, DOBSON AJ, HALL H, CHESTERMAN E, LEVI J, SHEPHERD R, BATTISTA RN, CATCHLOVE BR: Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *J Chron Dis*, 34:585-97, 1981.