

DESARROLLO DEL ESCAP-CDV COMO INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA LA VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. PRIMERA PARTE

A. MORALES LÓPEZ*, G. GRAU FIBLA**, P. CAMPOY MARTÍNEZ*,
A. BENAVENTE RODRÍGUEZ***, J.L. PASCUAL DEL POBIL MORENO*

*Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Sevilla. **Subdirección de Atención Primaria y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. ***Centro Urológico "San Ignacio". Sevilla.

PALABRAS CLAVE:
Calidad de vida. Cuestionarios. Cáncer de próstata.

KEY WORDS:
Quality of life. Questionnaires. Prostate cancer.

Actas Urol Esp. 26 (4): 242-249, 2002

RESUMEN

El seguimiento actual de los pacientes oncológicos está basado en un modelo biopsicosocial donde además de valorar la respuesta al tratamiento, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global se incluye la capacidad funcional y la carga psicosocial que la enfermedad desarrolla en los pacientes. Los distintos tratamientos actuales han hecho mejorar la supervivencia, por lo que el número de años con incapacidad aumenta. Se crea una nueva variable, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRs) que valora las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la salud o la enfermedad produce sobre la vida diaria de los pacientes.

Para establecer la CVRs hace falta un instrumento de medida. En España no existe ningún instrumento validado para la valoración de ésta en los pacientes con cáncer de próstata.

Hemos desarrollado el ESCAP-CDV (Estudio sobre la Calidad de Vida en el Cáncer de Próstata), un instrumento elaborado por un grupo interdisciplinar compuesto por urólogos, psicólogos y médico especialista en medicina de familia experto en validación psicométrica de escala. Valoramos múltiple dimensiones de la calidad de vida en un cuestionario auto-administrado.

ABSTRACT

The current following of oncological patients is based in a biopsychosocial model where in addition to evaluate the response to treatment, the interval free of illness and the global survival it includes the functional capacity and the psychosocial charge the illness causes in patients.

Nowadays, different treatments have improved the survival, therefore the number of years of inability increase. It creates a new variable, the quality of life related to health (QLRH) that valves the individual respond to the physical, mental and social effects that health or illness produces on patients daily life.

To establish the QLRH as an instrument of measure is needed. In Spain there isn't any validated instrument for the evaluation of it in patients with prostate cancer.

We have developed the ESCAP-CDV (Quality of Life study on prostate cancer) an instrument elaborated by an interdisciplinary group made of urologist, psychologists and a doctor specialized in family medicine expert in psychometric validation of scales. We evaluate multiple dimensions of quality of life in a questionnaires autoadministed.

Desde Hipócrates, la medicina y, particularmente, la cirugía, ha sido aceptada como un arte. En su evolución a lo largo del tiempo, se han aportado nuevas y complejas técnicas de diagnóstico así como la aplicación de procedimientos quirúrgicos, cada vez más audaces y agresivos, que pretenden alcanzar el dominio y la curación de la enfermedad. Históricamente, este control del sufrimiento del hombre enfermo, ha sido medido en términos de parámetros exclusivamente biológicos o biomédicos. Mediámos la respuesta al tratamiento propuesto, el intervalo libre de enfermedad alcanzado, la supervivencia global del paciente, etc. Sin embargo, hoy se comienza a reconocer y a aceptar que tales medidas aparecen como insuficientes, no solo desde un punto de vista médico, sino también social y económico. Se hace necesario contemplar también el grado de capacidad funcional y de carga psicosocial que la enfermedad imprime en los pacientes, lo que desembocará en el llamado modelo biopsicosocial.

El tratamiento integral en oncología supone abarcar y cubrir todas las etapas evolutivas del paciente neoplásico, por lo que serán muy diferentes los tipos de terapias que, en los distintos momentos de la enfermedad, podrán aplicarse. Hablaremos de terapias con intención curativa, otras que sólo pretendan la prolongación de la supervivencia, terapias de soporte, etc., así como toda la amplia sucesión de cuidados paliativos que requiere la enfermedad terminal¹. En la actualidad tenemos la evidencia (evidencia que viene objetivándose en las últimas décadas), de que se ha conseguido una marcada mejoría en la supervivencia del enfermo neoplásico, lo cual da lugar a que el número de años durante los cuales el paciente sufra alguna incapacidad ha aumentado.

Hay, pues, un compromiso entre incapacidad y supervivencia que va a justificar la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs).

El cáncer de próstata cumple las condiciones exigidas para ser sometido a una investigación aplicada. Por un lado tiene interés social, pues su prevalencia es muy alta, no en vano es el tercer tumor en orden de frecuencia en el varón. Por otro, muestra gran variabilidad en la práctica clínica; así, el tumor localizado puede ser tratado de forma agresiva mediante cirugía radical, o de forma más conservadora mediante radioterapia. En una revi-

sión estructurada cualitativa hecha recientemente se llega a la conclusión de que la prostatectomía ofrece mayor supervivencia que la radioterapia externa con un nivel de evidencia C, y que ambas técnicas ofrecen la misma calidad de vida con el mismo nivel de evidencia². De la misma forma, en la enfermedad diseminada puede realizarse una castración química, o bien una castración quirúrgica, y los resultados en términos de supervivencia son similares aunque hasta hoy es desconocida su repercusión sobre la calidad de vida.

A todo esto debemos añadir que el desarrollo de métodos de diagnóstico precoz, más sensibles para esta enfermedad, nos ha conducido al diagnóstico de un mayor número de pacientes con enfermedad localizada, asintomática o prácticamente asintomática, a los que se les va a ofrecer para su curación tratamientos en ocasiones con secuelas graves. Es en éstos donde el análisis de la calidad de vida va a adquirir especial importancia. No se trata de vivir más, sino de vivir mejor.

El concepto de calidad de vida es más amplio que el de estado de salud personal, ya que considera también el bienestar social. No existe aún consenso sobre como debemos definir la calidad de vida ya que la literatura cubre un amplio rango de componentes del mismo: capacidad o habilidad funcional, incluyendo el desarrollo de las funciones o actividades habituales (domésticos, laborales); grado y calidad de las interacciones sociales y comunitarias, así como bienestar psicológico, sensaciones somáticas (dolor) y satisfacción con la vida. Existe el peligro de equiparar todos los datos no clínicos con la calidad de vida, lo que puede constituir una fuente de confusión conceptual. La salud personal y la capacidad funcional son solamente dos dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud integral.

Existen diferentes percepciones, análisis y definiciones sobre la CVRS en el tiempo³⁻⁸. Básicamente, la calidad de vida se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye en el grado de satisfacción personal con el entorno vital. Abarca más que un adecuado bienestar físico, ya que incluye también percepciones de bienestar, un nivel básico de satisfacción y un sentido general de autoestima.

La calidad de vida está constituida, pues, por distintas dimensiones que analizan las distintas facetas de la vida de una persona: estado psicológico, físico, económico, social y familiar, sexual y sintomatología presente en el momento del examen.

Los estudios sobre la calidad de vida después de diversos tratamientos, han sido revisados por varios autores⁹⁻¹¹. Todos ellos han llegado a la misma conclusión: la pobreza de su diseño y el poseer métodos inadecuados de evaluación. Las revisiones de ensayos clínicos también indican que los elementos de la calidad de vida sólo se mencionan en el 3-50% de los mismos y son medidos en menos del 2-7%.

Medir las sensaciones subjetivas es complicado y por ello existe aún gran escepticismo en torno a poder identificar la CVRS, como una variable independiente que pueda ser cuantificada de manera objetiva. Ello hace que se sigan encontrando considerables problemas metodológicos en el desarrollo y diseño de los instrumentos de medidas, así como en los métodos óptimos de presentación de resultados. Es cierto que han existido ensayos previos, y en curso, sobre esta patología abordando muy diversos aspectos de la misma. Así, en el cáncer de próstata localizado se han valorado micción y sexualidad; en el diseminado, el dolor óseo, micción, sexualidad, vitalidad, sofocos y ginecomastia. Han sido intentos aislados, sin utilización de instrumentos validados, que sólo aportan aspectos de un todo en el que hay que integrarse.

INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE LA CVRS

La valoración de todas las dimensiones que forman parte de la calidad de vida de una persona se hace mediante instrumentos que contienen una serie de preguntas o ítems, constituyendo los cuestionarios o escalas que miden cada uno de los aspectos o áreas diferentes de la calidad de vida, existiendo instrumentos genéricos y específicos de una enfermedad.

En la Tabla I enumeramos aquellos que estudian la capacidad funcional.

Los más utilizados son:

Cuestionario Multidimensional OARS de Evaluación Funcional^{12,13}. El cuestionario consta de dos sesiones independientes. Una parte evalúa

TABLA I

INSTRUMENTOS GENÉRICOS

OARS de evaluación funcional
Índice de Katz
Karnofsky

el estado funcional en relación con la salud física, mental, social, económica y con la vida diaria de la persona; la otra es una evaluación de servicios¹². Validado en EE.UU, en 1983¹⁴.

*Índice de las Actividades de la Vida Diaria (ADL). Índice de Katz*¹⁵

Escala de Realización de Karnofsky. Desarrollada originalmente para evaluar los tratamientos paliativos en pacientes de cáncer de pulmón. Valora el estado físico y la dependencia¹⁶.

Existen también instrumentos que valoran medidas generales de la Calidad de Vida que podemos observar en la Tabla II^{13,17-21}. Dentro de este grupo destacaríamos el *Cuestionario de Salud SF-36 (RAND Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey, SF-36)*. Proporciona un perfil del estado de salud. Instrumento autoadministrado de 36 ítems, analiza el estado funcional y el bienestar emocional. El área del estado funcional incluye las siguientes dimensiones: función física, función social, limitaciones por problemas físicos, limitaciones por problemas emocionales. El área del bienestar se estudia mediante la salud mental, vitalidad y dolor. Posee también una dimensión sobre salud general y el cambio de ésta en el tiempo¹⁷. Se considera en la actualidad el patrón oro para la medición de la CVRS general.

Para los pacientes oncológicos se han desarrollado cuestionarios que miden el especial impacto del cáncer sobre ellos, y que aparecen citados en la Tabla III²²⁻³². Merece especial atención el

TABLA II

INSTRUMENTOS GENERALES DE CALIDAD DE VIDA

General Health Questionnaire (GHQ)
Perfil de salud de Nottingham (NHP)
EUROQOL5-D
Cuestionario de salud SF-36
Quality of Well-Being Scale (QWBS)
Sickness Impact Profile (SIP)

TABLA III

INSTRUMENTOS ONCOLÓGICOS

Linear Analogue Self Assessment (LASA)
Functional living index: cancer scale (FLIC)
Rotterdam Symptom Checklist
Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)
Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)
Sexual Adjustment Questionnaire (SAQ)
UCLA-RAND Prostate Cancer Index
Profile of Moods States (POMS)
Prostate Cancer Specific Quality of Life Inst. (PROS-QOL)
Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-C30)

Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30. Cuestionario creado por el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC para evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos de diferentes países. El QLQ-C30 contiene áreas que están relacionadas con la salud general, funcionamiento físico, social y emocional, que pueden verse afectada por la enfermedad y el tratamiento de estos enfermos. Además, se incluyen ítems que valoran síntomas y efectos secundarios de los tratamientos que están pensados para evaluar la calidad de vida en ensayos clínicos. El cuestionario se complementa con módulos específicos para cada tipo de neoplasia: mama, pulmón, esófago, cabeza y cuello, cuidados paliativos y colorrectal¹⁷. Validado en 1993 en un estudio multicéntrico europeo³³, ha sido ratificado posteriormente en otros estudios³⁴⁻³⁸.

En España disponemos de cuestionarios reconocidos internacionalmente que han sido validados para su uso clínico, así como de aquellos que han sido desarrollados y validados en nuestro país. Los primeros tuvieron que sufrir un proceso de adaptación consistente en su traducción y adaptación cultural, así como la obtención de ponderaciones para la población española. Badia y cols. elaboran el índice de GRAQoL (IG)¹⁷.

Entre los instrumentos que nos pueden ser útiles en urología en nuestro país encontramos unos que lo son de carácter general, y otros específicos para pacientes oncológicos (Tabla IV).

TABLA IV

INSTRUMENTOS VALIDADOS PARA UROLOGÍA EN ESPAÑA

Generales	IG %	Específicos cáncer	IG %
Índice de Katz	33	QLQ C30	75
GHQ	60	CARES	
GWBS	60	FACT	
SIP	90	Rotterdam	
NHP	100		
OARS	33		
EUROQOL	88		
CCV	100		
Sf-36	77		

1. Instrumentos generales

Índice de las Actividades de la Vida Diaria (ADL). Llamado también índice de Katz, sólo ha sido traducido a nuestro idioma y estudiada su fiabilidad, pero no validado. Tiene un IG del 33%¹⁷.

Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ)

La traducción española fue realizada en 1979 por Muñoz y cols.³⁹. La validez de esta traducción fue realizada por Lobo y cols.⁴⁰, y el IG es del 80%¹⁷.

Escala de Bienestar General (Psicológico) (Psychological General Well-Being Schedule, GWBS). El proceso de adaptación cultural al español fue conseguido con el sistema traducción-retrotraducción. Fue adaptada al español por Badia y cols. en 1996 con el nombre de Índice de Bienestar Psicológico⁴¹. El IG es del 60%¹⁷.

Sickness Impact Profile (SIP). Fue traducido y adaptado al español con el nombre de Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad⁴². El IG es del 90%¹⁷.

Perfil de Salud de Nottingham (NHP). La adaptación cultural se hace mediante traducción-retrotraducción⁴³. Existe una versión catalana. El IG es del 100%¹⁷.

Cuestionario Multidimensional OARS de Evaluación Funcional. La adaptación cultural se hace mediante traducción-retrotraducción con resolución de discordancias entre el equipo investigador y los autores originales de la Duke University⁴⁴. El IG es del 33%¹⁷.

EuroQol 5-D. La adaptación cultural se hace mediante traducción-retrotraducción. El índice de GRAQoL es del 88%¹⁷.

Cuestionario de calidad de vida (CCV). Es uno de los pocos instrumentos de CVRS desarrollado por investigadores españoles en población española⁴⁵. El IG es del 100%¹⁷.

Cuestionario de Salud SF-36 (RAND Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey, SF-36). Como todos los cuestionarios ha sido sometido a un proceso de adaptación cultural mediante traducción-retrotraducción y estudio piloto⁴⁶. El IG es del 77%¹⁷.

2. Instrumentos específicos para pacientes con cáncer

Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30. Sometido a un proceso de adaptación cultural mediante traducción-retrotraducción y estudio piloto¹⁷. El IG es del 75%¹⁷.

Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES). Traducido al español en Estados Unidos para poder utilizarlo en los pacientes hispanoparlantes⁴⁷.

Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT). Merece igual comentario que la escala anterior⁴⁸.

The Rotterdam Symptom Checklist. La versión española es validada con resultados satisfactorios para ser utilizado en la práctica clínica⁴⁹.

En la práctica clínica, las evaluaciones fidedignas y valorables de la CVRS se llevan a cabo, regularmente, mediante cuestionarios psicométricamente evaluados que son cumplimentados por los propios pacientes. Estos cuestionarios pueden desarrollarse de manera individual, para ensayos concretos o pueden hacerse para objetivos más generales. Lógicamente, se recomienda la utilización de instrumentos uniformes y comunes de CVRS, que nos permitan la creación de grandes bases de datos, así como la posibilidad de comparación de resultados de diferentes ensayos y a través de poblaciones diferentes.

El reto para el futuro es el incorporar los resultados obtenidos en la evaluación de la CVRS en la valoración global de los tratamientos, junto a los resultados de supervivencia y consideraciones económicas⁵⁰.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras conocer y valorar los distintos instrumentos existentes en la literatura médica, nos planteamos estudiar y medir la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata. Deseábamos que esta valoración se hiciera mediante un resultado global y un análisis de cada dimensión que en su conjunto conformaría la calidad de vida del paciente. Al no disponer en nuestro país de ningún instrumento para cáncer de próstata que cumpliera los requisitos necesarios para ello, desarrollamos el ESCAP-CDV (Estudio de la Calidad de Vida en el Cáncer de Próstata), un instrumento que engloba áreas que están relacionadas con la salud en general, funcionamiento físico, social y emocional que pueden verse afectadas por la enfermedad y el tratamiento. Incluye además ítems que valoran síntomas y efectos secundarios de los distintos tratamientos, así como un test específico para el cáncer de próstata. Al ser un instrumento nuevo hemos debido proceder a su validación.

Por todo ello, el cuestionario ESCAP-CDV, debe cumplir los siguientes criterios:

1. Ser específico para el cáncer de próstata.
2. Estar diseñado para poder ser contestado por el paciente.
3. Mostrar una estructura pluridimensional.
4. Tener la posibilidad de ser empleado en estudios multinacionales.

Al crear un nuevo instrumento de medida de resultados en salud (MRS), buscamos la colaboración de un grupo de hospitales andaluces que nos ayudarían a reclutar un número de pacientes suficientes para que el estudio tuviera valor estadístico y una vez conseguida su validación, pudiera pasar a ser utilizado como instrumento de medida de CVRS en cualquier ensayo clínico controlado de tratamiento del cáncer de próstata.

ESCAP-CDV

El ESCAP-CDV fue creado por un grupo de profesionales en el que se incluyen urólogos, psicólogo y médico especialista en medicina de familia experto en validación psicométrica de escalas. Es un cuestionario específico para el cáncer de próstata con estructura multidimensional, diseñado para ser autoadministrado.

Contiene áreas relacionadas con la salud en general, funcionamiento físico, social y emocional así como valoración de su capacidad sexual, económica y religiosa. Esta escala se ha realizado con la base del test QLQ-C30 que sobre calidad de vida propone la EORTC, añadiendo algunos ítems, modificando y eliminando otros. Hemos añadido un cuestionario específico sobre cáncer de próstata.

El cuestionario en su primera versión quedó con 52 ítems agrupados en las siguientes dimensiones:

Cuestionario común:

Capacidad física	6 ítems
Síntomas generales	8 ítems
Estado económico	3 ítems
Estado religioso	3 ítems
Capacidad sexual	6 ítems
Estado familiar	5 ítems
Capacidad psíquica	6 ítems

Cuestionario específico:

Síntomas Ca. próstata	12 ítems
Síntomas urgentes	3 ítems

Las respuestas a los ítems contienen una escala temporal que se refiere a su situación actual, durante los últimos días. Son tipo Likert, con cuatro categorías de respuestas en todos los ítems. La menor puntuación será indicativa de mejor calidad de vida.

El cuestionario es contestado por el paciente en presencia del médico (autoadministrado).

DISCUSIÓN

Autores españoles comienzan a manifestarse en lo que se refiere a la calidad de vida desde el año 1991, en un trabajo sobre la compresión medular por metástasis epidural de cáncer urológico⁵¹. Posteriormente se hace mención de una mejoría de la calidad de vida en general en aquellos pacientes con cáncer de próstata y afectación extracapsular, sometidos a prostatectomía radical con pre y post-hormonoterapia⁵². En otro trabajo se hace mención de alteraciones concretas en el cáncer avanzado de próstata, que ocasiona deterioro en la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento debe ir enfocado a optimizar dicha calidad de vida⁵³. En 1997 es publicado un estudio de 204 prostatectomías radicales analizando

varios aspectos de la calidad de vida, mediante un cuestionario de 25 ítems desarrollado por los mismos autores⁵⁴. Recientemente, en un trabajo sobre metástasis intracraneales del cáncer de próstata, se hace referencia al tratamiento como inductor a una mejoría en la calidad de vida aunque no influya en la supervivencia⁵⁵. En los últimos meses se publica un estudio sobre prostatectomías radicales donde se hace especial mención a la necesidad de cuestionarios de calidad de vida, relacionados con la salud que sean validados y fiables que compatibilicen diferentes facetas físicas, funcionales y psíquicas, así como aplicables en la práctica clínica y específicos para la enfermedad a estudiar⁵⁶. Finalmente, hemos publicado un estudio de revisión de la literatura estructurada cualitativa para valorar la calidad de vida, comparando la prostatectomía radical y radioterapia. En los estudios analizados se han aplicado cuestionarios validados en los distintos países que valoran dicha variable².

Disponemos de múltiples cuestionarios que valoran la calidad de vida de los pacientes afectos de cáncer. En nuestro país tenemos hoy instrumentos útiles para urología con carácter general, pero todos ellos tendrían que ser acompañados por otros que completaran distintas facetas de la CVRS que no contemplan. También existen instrumentos útiles para el paciente oncológico sin que sean específicos para un tipo de cáncer determinado.

En el cáncer de próstata concretamente se utiliza conjuntamente el SF-36, el UCLA Index o el QLQ-C30 de la EORTC aunque no son específicos de dicha enfermedad.

El instrumento que hemos sometido a validación (ESCAP-CDV) no requiere ninguna escala que tenga que complementar la CVRS. Concomitantemente, dispone de cuestionario específico para el cáncer de próstata que hace posible valorar la calidad de vida en todas sus dimensiones: aspectos subjetivos de la apreciación de la enfermedad por el paciente, síntomas específicos, repercusión sobre las actividades cotidianas, y la actividad sexual.

Es un hecho conocido que la forma de administración de un cuestionario puede influenciar la respuesta. La valoración de la calidad de vida realizada por un médico resulta diferente de la que aporta el paciente después de cumplimentar un cuestionario autoadministrado⁵⁷.

REFERENCIAS

1. SANZ ORTIZ J: Calidad de vida y tratamiento en oncología. *Rev Cancer* 1990; **4** (3): 113-117.
2. CAMPOY MARTÍNEZ P, DÍAZ ALFARO M, BARREIRO CANDAU R, MORALES LÓPEZ A, GRAU FIBLA G, PASCUAL DEL POBIL JL: ¿Prostatectomía radical o radioterapia?. Una revisión estructurada cualitativa. *Actas Urol Esp* 2001 sep; **25** (8): 535-543.
3. PATTERSON W: The quality of survival in response to treatment. *Journal of the American Medical Association* 1975; **233**: 280-281.
4. SHIN DC, JOHNSON DM: Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research* 1978; **5**: 475-492.
5. BURT RS, WILEY JA, MINOR MJ, MURRAY JR: Structure of wellbeing: form content and stability over time. *Soc Methode Res* 1978; **6**: 365-407.
6. MENDOLA WF, PELLIGRINI RV: Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. *Social Science and Medicine* 1979; **13**: 457-461.
7. GILLINGHAM FJ: The quality of life. *Aust NZ J Surg* 1982; **52**: 453-460.
8. GARCÍA D: Salud, Ecología, Calidad de vida. *JANO* 1988; **35**: 137-147. Extra.
9. BARDELLI D, SARACCI R: Measuring the quality of life in cancer clinical trials: a sample survey of published trials in Armitage P, Bardelli D. (eds). Methods and impact of controlled therapeutic trials in cancer. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer. *Technical Report Series* 1978; **36**: 75-94.
10. MCPEEK B, MCPEEK A: Formen der Wiedergabe der Lebensqualität in Klinischen Studien in Rohde H, Troidl, Hans (eds). Das Magenkarzinom: methodik klinischer studien und therapeutischer ansatze. New York, Georg Thieme Verlag, 1984.
11. O'YOUNG J, MCPEEK B: Quality of life variables surgical trials. *Journal of Chronic Diseases* 1987; **40**: 513-522.
12. FILLENBAUM GG, SMYER MA: The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire: disability and pain scales. *Journal of Gerontology* 1981; **36**: 428-433.
13. BOWLING A: La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. MASSON. Barcelona, 1994.
14. CAIRL RE, PFEIFER E, KELLER DM: An evaluation of the reliability and validity of the functional assessment inventory. *Journal of the American Geriatric Society* 1983; **31**: 607-612.
15. KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW: Studies of illness in the aged: index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association* 1963; **185**: 914-919.
16. KARNOFSKY DA, ABELMANN WH, CRAVER LF: The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 634-656.
17. BADIA X, SALMERON M, ALONSO J, OLLE A: La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. PPU. Barcelona, 1996.
18. SPITZER WO, DOBSON AJ, HALL J: Measuring quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*; **34**: 585-597.
19. KAPLAN RM, BUSH JW, BERRY CC: Health status: type of validity and the Index of Well-being. *Health Services Research*; **11**: 478-507.
20. BEGNER M, BOBBITT RA, POLLARD WE: The Sickness Impact Profile: conceptual formulations and methodology for the development of a health status measure. *Medical Care*; **14**: 57-67.
21. BEGNER M, BOBBITT RA, CARTER WB: The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*; **19**: 787.
22. PRIESTMAN TJ, BAUM M: Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*, I: 899-901.
23. SELBY P, ROBERTSON B: Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surveys* 1987; **6** (3): 521-543.
24. SCHAG CAC, HEINRICH RL, GANZ PA: The Cancer Rehabilitation Evaluation (CARES): the short form (CARES-SF). *Proc Amer Soc Clin Oncol System* 1989; **8**: 316.
25. VELDE A, SPRANGERS MA, AARONSON NK: Feasibility, psychometric performance, and stability across modes of administration of the CARES-SF. *Ann Oncol* 1996 apr; **7** (4): 381-390.
26. SCHAG CA, GANZ PA, WING DS: Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate. *Qual of Life Res* 1994; **3**: 127-141.
27. PENSON DF, LITWIN MS: Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cánceres urológicos. AUA. Actualización en Urología. *Edición Española* 1998; **1**: 29-34.
28. ESPER P, MO F, CHODAK G, SINNEN M, CELL D, PIENTA KJ: Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment of cancer therapy-prostate instrument. *Urology* 1997 dec; **50** (6): 920-928.
29. WATERHOUSE J, METCALFE MC: Development of the sexual adjustment questionnaire. *Oncol Nurs Forum* 1986; **13**: 53-59.
30. LITWIN MS, HAYS RD, FINK A, GANZ PA, LEAKE B, REOOK RH: The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. *Med Care* 1998 jul; **36** (7): 1.002-1.012.
31. LITWIN MS, HAYS RD, FINK A, GANZ PA, LEAKE B, LEACH GE, BROOK RH: Quality of life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA* 1995 jan 11; **273** (2): 129-135.
32. STOCKLER MR, OSOBA D, COREY P, GOODWIN PJ, TANNOCK IF: Convergent discriminative, and predictive validity of the Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument (PROSQOL) assessment and comparison with analogous scales from the EORTC QLQ C-30 and a trial-specific module. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Core Quality of Life Questionnaire. *J Clin Epidemiol* 1999 jul; **52** (7): 653-666.
33. AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, BULLINGER M, CULL A, DUEZ NJ, FILIBERTI A, FLECHTNER H, FLEISHMAN SB: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993 mar 3; **85** (5): 365-376.

34. NIEZGODA HE, PATER JL: A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Qual Life Res* 1993 oct; **2** (5): 319-325.
35. KAASA S, BJORDAL J, AARONSON N, MOUM T, WIST E, HAGEN S, KVIKSTAD A: The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *Eur J Cancer* 1995 dec; **31A** (13-14): 2.260-2.263.
36. SPRANGERS MA, GROENVOLD M, ARRARAS JI, FRANKLIN J, TE VELDE A, MULLER M, FRANZINI L, WILLIAMS A, DE HAES HC, HOPWOOD P, CULL A, AARONSON NK: The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality of life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol* 1996 oct; **14** (10): 2.756-2.768.
37. OSOBA D, AARONSON N, ZEE B, SPRANGERS M, TE VELDE A: Modification of the EORTC QLQ-C30 (version 2.0) based on content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. The study group on quality of life of the EORTC and the symptom control and quality of life committees of the NCI of Canada clinical trials group. *Qual Life Res* 1997 mar; **6** (2): 103-108.
38. BORGHEDE G, KARLSSON J, SULLIVAN M: Quality of life in patients with prostatic cancer: results from a Swedish population study. *J Urol* 1997 oct; **158** (4): 1.477-1.485; discussion 1486.
39. MUÑOZ PE, VÁZQUEZ JL, RODRÍGUEZ F: Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ). *Arch Neurobiol*; **42**: 139-158.
40. LOBO A, PÉREZ-ECHEVARRIA MJ, ARTAL J: Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in spanish population. *Psychol Med*; **16**: 135-140.
41. BADIA X, GUTIÉRREZ F, WIKLUND I: Validity and reliability of the spanish version of the General Well-Being index. *Quality Life Research*; **5**: 101-108.
42. BADIA X, ALONSO J: Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin*; **102**: 90-95.
43. ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ JM: The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res*; **3**: 385-393.
44. GRAU-FIBLA G, EIROA P, CAYUELA A: Versión española del OARS multidimensional functional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria*; **17**: 486-495.
45. RUIZ MA, BACA E: Desing and validation of the Quality of Life Questionnaire: Ageneric health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess*; **9**: 19-32.
46. ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ JM: La versión española del SF-36: un instrumento a la medida de resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*; **104**: 771-776.
47. CANALES S, GANZ PA, COSCARELLI CA: Translation and validation of quality of life instrument for Hispanic American. *Qual Life Res* 1995 feb; **4** (1): 3-11.
48. CELLA D, HERNÁNDEZ L, BONOMI AE, CORONA M: Spanish language translation and initial validation of the functional assessment of cancer therapy quality of life instrument. *Med Care* 1998 sep; **36** (9): 1.407-1.418.
49. AGRA Y, BADIA X: Evaluation of psychometric properties of the Spanish version of the Rotterdam Symptom Checklist assess quality of life of cancer patients. *Rev Esp Salud Pública* 1999 jan-feb; **73** (1): 35-44.
50. ACDONAGH R: Quality of life and its assessment in urology. *British Journal of Urology* 1996; **78**: 485-496.
51. DIEGO GARCÍA A, SILMI MOYANO A, PÁEZ BORDA A, CASTAÑO A, PRIETO CHAPARRO L, GÓMEZ RUIZ JJ, CORRAL ROSILLO J, PÁRAMO GONZÁLEZ P, SALINAS CASADO J, USÓN CALVO A: Compresión medular por metástasis epidural de tumor urológico. *Arch Esp Urol* 1991 nov; **44** (9): 1.051-1.055.
52. ESCUDERO BARRILERO A: Controversia en el tratamiento del estadio B2, C y D1 del adenocarcinoma de próstata. *Arch Esp Urol* 1992 sep; **45** (7): 621-637.
53. VILLAVICENCIO H: Calidad de vida de los pacientes con carcinoma de próstata avanzado. *Eur Urol* 1993; **24 suppl 2**: 118-121.
54. VALDIVIA NAVARRO P, GONZALVO A, BLAS MARÍN M, BORQUE FERNANDO A, IBARZ JM, MARTÍNEZ M, RIOJA SANZ LA: Calidad de vida después de la prostatectomía radical. *Actas Urol Esp* 1997 oct; **21** (9): 903-908.
55. PIERAS AYALA E, ROSALES BORDES A, LÓPEZ LLURADO H, VILLAVICENCIO MAVRICH H, VICENTE RODRÍGUEZ J: Metástasis intracraneales en el cáncer de próstata. *Actas Urol Esp* 2000 sep; **24** (8): 626-631.
56. CALDERÓN GÓMEZ C, SANZ JAKA JP, GARMENDIA OLAIZOLA G, CÁTEDRA GARCÍA A: Calidad en el proceso asistencial por parte de pacientes prostatectomizados por cáncer. Resultados de una investigación cualitativa. *Arch Esp Urol* 2001 mar; **54** (2): 109-121.
57. CALAIS DA SILVA F, REIS E, COSTA T, DENIS L: Quality of life in patients with prostatic cancer. *Cancer supplement* 1993 feb 1; **71** (3).

Dr. A. Morales López
C/ Arroyo 55 - Casa 4, 1º B
41003 Sevilla

(Trabajo recibido el 28 diciembre de 2001)