

Prof. MARTHA RESTREPO FORERO
 Psicóloga
 Universidad Nacional de Colombia-Bogotá

PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA

*“ La enfermedad es el lado nocturno de la vida,
 una ciudadanía más cara.
 A todos al nacer nos dan una doble ciudadanía
 la del reino de los sanos
 y la del reino de los enfermos”*

Susan Sontag. La enfermedad y sus metáforas

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados. En Colombia ocupa el segundo lugar como causa de muerte, antecedido por el homicidio. Según el estudio del Instituto Nacional de Cancerología (1994) hay un aumento lento y sostenido de la mortalidad por cáncer; en los últimos 30 años ha aumentado su tasa en un 28%; en 1960 era de 49.4, mientras que en 1991 era de 63.1 por 100.000 habitantes. No está claro a qué se debe este aumento y el mencionado estudio postula que puede deberse a diferentes factores como: mejores técnicas de diagnóstico, mejores sistemas de información, aumento en la expectativa de vida y concentración de la población en núcleos urbanos con la consiguiente exposición a factores de riesgo derivados del

ambiente y la adopción de comportamientos de riesgo, como el tabaquismo y la promiscuidad sexual.

Las siete primeras causas de muerte por cáncer en Colombia son en su orden: estómago, cuello del útero, próstata, tráquea y pulmón, mama de la mujer, hígado, leucemias. Sin embargo, las estadísticas disponibles para incidencia y prevalencia del cáncer en Colombia, son tan sólo aproximaciones ya que aún no hay un registro adecuado y confiable. Esto ha llevado a que algunos especialistas prefieran, para tener un estimativo del problema, basarse en estadísticas de otros países como España que tiene una población similar, aunque con una estructura demográfica diferente y expuesta también a otros factores de riesgo.

La investigación de la relación en-

tre psicología y cáncer tiene un origen reciente y es el médico Jimmie Holland quien en 1975 establece el campo de la Psicooncología. En 1976 Spiegel, Bloom y Yalom estudiaron los efectos de grupos de soporte psicológico en mujeres con cáncer de seno, metastásico. Posteriormente, en 1989 Spiegel et al. publican los resultados de un estudio en el que lograron demostrar que las mujeres con cáncer de seno, metastásico, que participaron en una terapia de grupo y expresión, lograban una mejor calidad de vida y además, aumentaban considerablemente el tiempo de supervivencia. Estos estudios controvertidos por análisis metodológicos rigurosos (Spiegel, 1994), son punto de referencia para llamar la atención sobre el papel que pueden jugar los aspectos psicológicos en la progresión del cáncer.

En 1992 se empieza a publicar la revista *Psycho-Oncology*; en el primer artículo Holland (1992) presenta un panorama general de la psicooncología, señala que la indagación científica por los aspectos psicosociales del cáncer sólo tiene dos décadas, en las cuales surge una subespecialidad de la oncología denominada psicooncología que aborda dos dimensiones del cáncer: las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, así como las de su familia y, los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influenciar la morbilidad por cáncer. Plantea como obstáculos para su expansión el número reducido de investigadores en el área, aunque reconoce que existe una mayor presión por parte de los pacientes, sobre la atención de los aspectos psicológicos.

En 1994 Greer, en el Reino Unido, delimita de manera muy precisa en qué consiste el campo de la psicooncología: "El estudio científico de las personas que desarrollan cáncer. Se ocupa de los aspectos psicológicos y sociales del cáncer. Su principal propósito es el de aliviar la perturbación emocional que aflige a muchos pacientes. De lo anterior se desprende que la práctica clínica de la psicooncología debe formar parte integral de la atención médica del paciente con cáncer. Como áreas principales de investigación están los estudios clínicos de: (I) las consecuencias psicológicas y sociales del cáncer y de los tratamientos del cáncer para el paciente y su familia y, (II) el desarrollo y evaluación de las terapias psicológicas diseñadas para reducir la morbilidad psicológica y, por tanto, mejorar la calidad de vida y, quizás, el tiempo de supervivencia. Estos estudios, que son de importancia práctica obvia en el tratamiento de los pacientes, son la piedra

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo entero, en Colombia ocupa el segundo lugar. Su tratamiento debe involucrar la atención a las consecuencias psicosociales de la enfermedad. La psicooncología es una subespecialidad de la psicología que se ocupa de investigar los aspectos psicosociales que tienen alguna influencia en el apareamiento del cáncer y en el tratamiento de los problemas psicológicos que experimentan las personas que tienen cáncer o que han sobrevivido a él.

La evaluación de la calidad de vida es parte integral del abordaje clínico del paciente con cáncer. Se realizó un estudio descriptivo de la calidad de vida en el que se utilizó el cuestionario elaborado por Font (1994), que consta de 34 ítems que evalúan dificultades familiares y sociales, malestar psicológico, dificultad en hábitos cotidianos, síntomas físicos, valoración general, autoeficacia percibida y expectativa de resultados. Se evaluaron 49 pacientes en tratamiento en una unidad de Oncología de la ciudad de Bogotá. Con excepción de dos ítems: náuseas y vómitos, en los demás aspectos, la mayoría de los pacientes vieron afectada su calidad de vida. El instrumento tuvo buena aceptación en los pacientes y se recomienda que se utilice de forma rutinaria en la evaluación del paciente con cáncer. Se sugieren algunas tareas para impulsar el campo de la psicooncología en Colombia.

angular de la psicooncología y la razón de ser para establecer unidades de psicooncología en los hospitales de cáncer y en los departamentos de oncología.

Otra área principal de investigación se interesa en el papel que juegan los eventos estresantes, la depresión y las características de personalidad (entre ellas las respuestas de afrontamiento) en la promoción y desarrollo posterior del cáncer. Se incluyen en esta área los estudios psicobiológicos de los mecanismos neuro hormonales e inmunológicos que pueden mediar estas influencias psicológicas (...) La tarea más importante e inmediata de la psicología oncológica es cerrar la brecha entre el conocimiento actual y las destrezas terapéuticas en el cuidado y manejo de pacientes con cáncer" (pag. 88).

El cáncer es sinónimo de muerte en la cultura occidental y es visto como una enfermedad vergonzosa, tal como lo sustenta la escritora Susan Sontag (1976) quien padeció de cáncer y a raíz de esa experiencia escribe un ensayo en el que plantea cómo el término cáncer tiene una connotación de destrucción y muerte y así se le emplea como metáfora: "La corrupción es el cáncer de este país". Además, la misma terminología del tratamiento se basa en términos marciales: "se bombardean las células, hay que aniquilar el tumor". Es fácil suponer que gracias a este uso, el término adquiere propiedades emocionales aversivas por simple condicionamiento semántico. Por ello, es frecuente apreciar reacciones emocionales intensas en las personas a quienes les diagnostican cáncer. La mayor parte de la gente no está al tanto de los impresionantes desarrollos que se dan en el tratamiento de esta enfermedad y subsisten muchas ideas erróneas frente al

tratamiento que muchos consideran "peor que la enfermedad".

En Colombia, la atención psicológica de los pacientes con cáncer es incipiente y no está incorporada como tal al protocolo de atención, no obstante la denominación de enfermedad catastrófica que se le da en el Sistema de Salud. Varios factores contribuyen a esta situación. En primer lugar, la visión excesivamente médica de la enfermedad, que se configura en la misma formación académica proporcionada en la mayoría de las Facultades de Medicina de Colombia, en donde son escasas por no decir que inexistentes, las asignaturas que abordan los aspectos psicológicos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Al respecto convendría revisar los trabajos de Die-Trill y Holland (1995) y Rancour (1996), quienes presentan una propuesta curricular para el entrenamiento en psicooncología. La escasez de recursos financieros para atender los que se consideran problemas apremiantes en salud, hace que se posponga la atención de los aspectos psicológicos, vistos como menos importantes. La financiación de los servicios psicológicos es un impedimento estructural bajo la legislación actual, puesto que se le pone a la par de la atención médica, sin considerar su especificidad, como el tiempo mínimo que requiere una sesión de psicología. Los administradores de los hospitales tienen que prescindir de los psicólogos y ofrecen en cambio una vinculación por consulta efectiva, a unos precios irrisorios, que aún así, no los costean todas las Empresas Promotoras de Salud, que son las entidades encargadas de contratar los servicios de salud. También influye negativamente la falta de preparación de los psicólogos, que les permita ofrecer programas de buena

Cancer is one of the main causes of death in the whole world. In Colombia it occupies the second place. Its treatment should involve consideration for psycho-social consequences of the illness. Psycho-oncology is a subspecialty of Psychology that search for the psycho-social aspects that have some influence in cancer appearance and in the treatment of psychological problems experienced by people who have cancer or have survived to it.

Quality of life evaluation is an integral part of the clinical approach to the cancer patient. A descriptive study of life quality was made in which the questionnaire developed by Font (1994), which has 34 items evaluating family and social difficulties, psychological distress, difficulty in daily habits, physical symptoms, general evaluation, perceived self-efficacy and expectancy of results. 49 patients receiving treatment in an oncology unit in Bogotá were evaluated. Except for two items: nausea and vomits, in all other aspects, the majority of patients had his quality of life impaired. The instrument had a good acceptance within the patients and is recommended for being routinely used in cancer patients evaluation. Some tasks leading to the impulse of psycho-oncology in Colombia, are suggested.

calidad, con una mayor cobertura y que estén en capacidad de desarrollar investigación sobre aspectos como la evaluación psicosocial, que posibilite identificar aquellos pacientes que tienen factores de riesgo predictores de mal ajuste a la enfermedad, a quienes debería darse una atención prioritaria.

Los adelantos en el tratamiento del cáncer son vertiginosos; cada día se hacen nuevos descubrimientos y la administración de combinaciones de tratamientos y de medicamentos ha logrado controlar de manera importante esta enfermedad, lo que ha permitido que exista un número considerable de lo que se ha denominado como "sobrevivientes del cáncer" y que en Estados Unidos alcanzan la cifra de 8 millones. No disponemos de cifras de comparación en nuestro país, pero se puede inferir que en Colombia esta cifra va también en aumento. Los tratamientos buscan ser cada vez más específicos, en especial con los avances en lo que se conoce como terapias biológicas, si bien es cierto estos desarrollos son aún incipientes y hoy en día prevalecen las intervenciones múltiples: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia. Un aporte de la psicooncología es mostrar que los indicadores de efectividad de un tratamiento, no pueden reducirse únicamente a variables como tiempo de sobrevida, efectos colaterales o relación costo beneficio. El concepto de calidad de vida toma fuerza como un aspecto que debe tener la mayor consideración en la evaluación de las distintas opciones de tratamiento.

Es un hecho que en distintas partes del mundo se da una mayor democratización de los servicios de salud, que conlleva a que los usuarios de los mismos no se conformen con el simple papel de "paciente" y quie-

ran ser partícipes en la toma de decisiones, en la búsqueda del mejor tratamiento de acuerdo con sus expectativas y valores; por ello, no es raro que, actualmente, pidan a su médico que les informe con la mayor precisión acerca de los posibles riesgos y beneficios de las distintas opciones terapéuticas de que dispone la medicina. Esto es cierto aún en países como Colombia, en donde se aprecia un cambio de la tradicional conducta sumisa y dependiente del paciente, hacia la búsqueda de una relación con el médico como experto a quien se le consulta en espera de respuestas claras. Subsisten sin embargo, muchos médicos entrenados en el esquema paternalista, el cual supone que el médico sabe qué es lo mejor para su paciente y, decide según su único criterio el tratamiento a seguir, negándose a proporcionar información al paciente, por considerarlo incapaz de manejarla, bien sea por la complejidad técnica o por las implicaciones emocionales de un diagnóstico devastador.

La evaluación de la calidad de vida es objeto de muchos estudios y abarca investigaciones con poblaciones de miles de sujetos (Ventegodt, 1995; WHOQOL, 1995) En el estudio de calidad de vida auspiciado por la OMS, se buscó encontrar un concepto universal de calidad de vida y la forma de medirlo. En este estudio se consideraron 6 áreas y 24 facetas:

Área 1. Salud física

1. Dolor y malestar
2. Energía y fatiga
3. Sueño y descanso

Área 2. Salud Psicológica

4. Sentimientos positivos
5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

6. Autoestima
7. Imagen corporal y apariencia
8. Sentimientos negativos

Área 3. Niveles de independencia

9. Movilidad
10. Actividades de la vida diaria
11. Dependencia de medicamentos o tratamientos
12. Capacidad de trabajo

Área 4. Relaciones Sociales

13. Relaciones personales
14. Apoyo Social
15. Actividad sexual

Área 5. Ambiente

16. Seguridad física
17. Ambiente del hogar
18. Recursos económicos
19. Servicios sanitarios y sociales: accesibilidad y calidad
20. Oportunidad de adquirir información y habilidades
21. Participación en/ y oportunidades de recreo/ocio
22. Ambiente físico (polución/ruido/tráfico/clima)
23. Transporte

Área 6. Espiritualidad/Religión/Creencias personales

24. Espiritualidad/Religión/Creencias personales

El campo de la psicooncología es muy activo en el estudio de esta temática; parte de los trabajos se dedican a la conceptualización e identificación de cuáles son las dimensiones que se deben considerar en la calidad de vida (Richards y Ramírez, 1997). Se proponen como aspectos a medir el funcionamiento en: a) Aspectos: físicos, como movilidad, actividad; b) Desempeño de rol: trabajo, actividades caseras; c) Aspecto cognoscitivo: memoria, concentración; d) Aspecto psicológico: ansiedad, depresión;

e) Bienestar espiritual: percepción de propósitos y significado de la vida; f) Dolor y otros síntomas: fatiga, náuseas. Aaronson (1991) considera que la evaluación de la calidad de vida, en los pacientes con cáncer, debe tener un carácter multidimensional, y hacerse con un instrumento que sea breve pero que tenga adecuadas propiedades psicométricas.

En cuanto a cómo definir calidad de vida, Calman (1987) propone la siguiente definición que resalta tres aspectos: En primer lugar, la calidad de vida se aplica individualmente; segundo, el concepto debe ser amplio y cubrir todas las áreas vitales y, tercero, debe sugerir formas en las cuales se pueda mejorar la calidad de vida, con énfasis en el desarrollo personal.

“La calidad de vida puede describirse y medirse sólo en términos individuales, depende de experiencias previas, esperanzas, sueños y ambiciones. Debe incluir todas las áreas vitales así como las experiencias y tomar en cuenta el impacto de la enfermedad y el tratamiento. Se dice que existe una buena calidad de vida cuando las ilusiones y expectativas de una persona son alcanzadas. Lo contrario, también, es cierto. Se da una mala calidad de vida cuando las ilusiones y expectativas no se logran. La calidad de vida cambia con el tiempo y bajo condiciones normales varía considerablemente. Las prioridades y objetivos de una persona son realistas y, por tanto, se espera que cambien a lo largo del tiempo y se modifiquen con la edad y la experiencia. Para mejorar la calidad de vida, es necesario reducir la brecha entre las aspiraciones y lo

que sucede en la realidad. El propósito, en este caso, es ayudar a la persona a alcanzar objetivos que le permitan crecer y desarrollarse. Una buena calidad de vida se expresa en términos de satisfacción, felicidad, plenitud y capacidad de salir adelante” (pág. 8).

Entre las diversas medidas desarrolladas está el Rotterdam Symptom Checklist, adoptado en 1989 por el Consejo Médico del Reino Unido como el mejor instrumento disponible (Watson et al. 1992). Consta de 30 items elaborado para responder en una escala de tipo Likert de 4 items, que van desde “nada” hasta “mucho”. Está compuesto por una subescala de síntomas psicológicos de 8 items y cuatro subescalas de síntomas físicos. Esta prueba se contrasta con el HADS, escala de depresión y ansiedad en el hospital y el PAIS, escala de ajuste psicosocial a la enfermedad.

También, se asocia calidad de vida con ajuste mental al cáncer (Ferrero et al., 1994), medido éste con la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), instrumento desarrollado por Watson et al. (1988). Esta escala, que evalúa estrategias de afrontamiento, contempla cuatro categorías: espíritu de lucha, negación, aceptación estoica, impotencia/desesperanza

En una revisión sobre los distintos instrumentos que evalúan calidad de vida, en pacientes con diferentes tipos de cáncer, (Yabroff et al. 1996) distinguen dos tipos de medidas de tipo médico basadas en distintas concepciones:

a) Status de salud en el que se utilizan parámetros objetivos, en los que miden el estado de salud de acuerdo con evaluaciones conven-

cionales y se agrupan en dos medidas: generales, que evalúan el estado de salud de poblaciones amplias o en diferentes estadios de la enfermedad; específicas que se emplean para evaluar pacientes en una condición clínica particular.

b) Preferencias de los pacientes, o el impacto percibido por los pacientes sobre su condición de salud y, que es específico a sus condiciones de vida y valores. Para ello, se utilizan medidas extraídas del concepto económico de utilidad, modelo que busca describir un proceso de toma de decisiones bajo incertidumbre. El cáncer de próstata ofrece condiciones muy ventajosas para estudiar los mecanismos involucrados en tales decisiones. Los mencionados autores destacan la importancia de reconocer los factores culturales implicados, en la conceptualización que los distintos grupos sociales hacen de los aspectos etiológicos del cáncer, así como las implicaciones que tienen las creencias, en la aceptación de las alternativas terapéuticas y, por tanto, en lo que es relevante para cada grupo en la consideración de calidad de vida. Yabraff et al. (1996) llaman la atención sobre la conveniencia de contar con medidas de calidad de vida que tengan una adecuada representación de mujeres y de grupos minoritarios. Plantean cuatro criterios que debe satisfacer una adecuada medida de calidad de vida: Responsividad o sensibilidad, es decir, que mida cambios de acuerdo con variaciones en la condición de salud, confiabilidad, validez y relevancia, esto es que los cambios detectados por el instrumento sean significativos en términos de la condición médi-

ca y de los mismos pacientes.

Respecto a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado (Donnelly y Walsh, 1996) realizaron una revisión en la que analizaron distintos instrumentos elaborados para esta población. Señalan que los pacientes con cáncer avanzado tienen necesidades específicas. Proponen que los instrumentos sean de carácter multifactorial, individual y dinámicos. Según sea la condición del paciente, esta incluso puede ser evaluada por sus cuidadores. Se utilizan los siguientes métodos:

- Entrevista: mediante un interrogatorio muy simple que aborde los mismos aspectos evaluados a través de un cuestionario.
- Cuestionarios: los mejores son aquellos que se refieren a eventos recientes, de preferencia a los dos o tres días previos. Se aplican, en lo posible, persona a persona. Están en una escala numérica anclada a descripciones verbales, de 1 a 7 con los términos marcados en una escala. Se consideran cinco campos: físico, funcional, social, emocional y espiritual.

En cuanto a si se eligen medidas analógicas o medidas categoriales, su elección depende más de las preferencias de los pacientes y del tiempo que se tome el entrevistador en establecer un buen contacto; con los dos tipos de medidas se han obtenido buenos resultados. Los autores mencionados concluyen que las mejores escalas para evaluar calidad de vida en cáncer avanzado son, el cuestionario de McAdam de sufrimiento en enfermedad terminal (STIL) y la evaluación funcional de terapia de cáncer (FACT G). Recomiendan que, en el manejo rutinario de éstos pacientes o en tra-

bajos de investigación se utilice una sola pregunta, que puede estar en una escala lineal o categórica. En general, los autores coinciden (Richards y Ramírez, 1997; Donnelly y Walsh, 1996) en la necesidad de contar con instrumentos confiables y válidos, simples, que contemplen los problemas que son más frecuentes o intensos en cáncer avanzado. Debe procurarse una evaluación diferencial, así en el manejo clínico rutinario, quizá, sea más conveniente la utilización de un instrumento basado en la observación del paciente. Para propósitos de investigación el instrumento deberá elaborarse conforme a la pregunta planteada en el estudio.

La evaluación de calidad de vida se realiza con grupos etáreos muy diversos; entre ellos ocupa un lugar importante la población pediátrica; Bradlyn, et al. (1993) desarrollaron la escala de calidad de bienestar (QWB); el estatus funcional se evaluó en tres áreas: funcionamiento físico, funcionamiento social, movilidad. Esta escala se usa ampliamente.

Testa y Simonson, (1996) describen un incremento exponencial en la utilización la evaluación de calidad de vida, como una técnica de investigación clínica. En 1973 sólo aparecían cinco artículos en Medline, lo que contrasta con las publicaciones aparecidas sobre el tema en los cuatro siguientes períodos de cinco años cada uno: 195-273-490-1252.

Un aspecto estudiado recientemente en relación con calidad de vida, es el "response shift", o el cambio en los estándares de comparación; Spranger y Schwartz, (1999); Gibbons (1999), plantean que cuando los individuos atraviesan por un cambio en su condición de salud, cambian sus estándares internos, sus valores y la conceptualización misma de calidad de

vida, lo que remite a la naturaleza dinámica del constructo e implica que si las personas cambian, no son comparables las respuestas a los mismos items, dadas por la misma persona en diferentes momentos.

Font (1994) desarrolló un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer, que contempla cinco aspectos: síntomas físicos, dificultades en hábitos cotidianos, dificultades familiares y sociales, malestar psicológico y una medida global de valoración negativa del día. Estos cinco factores pueden, a su vez, agruparse en dos: malestar corporal y malestar psicosocial. Este instrumento fue validado con pacientes de cáncer de mama con el fin de igualar, en la medida de lo posible, variables de tipo médico. Los ítems se presentan en una escala visual análoga y resultan convenientes en cuanto a la comprensión y aceptación de los pacientes. Los estudios realizados hasta el presente muestran que el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas y sensibilidad para detectar cambios en la condición de los pacientes, debido en gran parte, a que pregunta por los síntomas en las 24 horas previas. La valoración negativa de síntomas, que es una dimensión global, puede usarse como única medida en aquellos pacientes que no estén en condiciones de responder a más preguntas. Font relaciona este instrumento con otros constructos psicológicos asociados a e vida como son: estrategias de afrontamiento, expectativas de auto eficacia, expectativas de resultados y locus de control.

A continuación se presenta un estudio descriptivo exploratorio de la calidad de vida, utilizando el cuestionario de Font, con un grupo de pacientes oncológicos.

MÉTODO

Participantes

El cuestionario de calidad de vida se aplicó a 49 pacientes, 23 hombres, 26 mujeres, con un rango de edad entre los 14 y los 75 años que asistían al Instituto de Oncología "Carlos Ardila Lülle", perteneciente a la Fundación Santa Fe de Bogotá ubicada en la ciudad de Bogotá.

Instrumentos

En este estudio se utilizó el cuestionario de Calidad de vida elaborado por Font (1994). Consta de 34 ítems, 26 de ellos se presentan en una escala visual análoga con dos descriptores anclados a los extremos de dicha escala. Una puntuación de 0 indica que no se presenta el síntoma y una de 100 que se experimenta con la máxima intensidad. Los restantes ocho ítems de la prueba, presentan tres alternativas de respuesta. La prueba tiene la siguiente estructura: Dificultades familiares o sociales: 7. Malestar psicológico: 8. Dificultad en hábitos cotidianos: 9. Síntomas físicos: 6. Valoración general: 1. Autoeficacia percibida: 1. Expectativas de resultados: 2.

El ítem, valoración general, está enunciado así: "Por favor indique en qué medida cree que el estado de su salud afecta, en las últimas 24 horas, a su estado en general". En un extremo está: "Mi vida ha sido, en estas 24 horas completamente normal sin cambios debidos a mi estado de salud". (Puntuación de 0) En el otro: "Mi vida ha sido, en estas 24 horas extremadamente insatisfactoria debido a mi estado de salud". (Puntuación máxima de 100). Este ítem permite una evaluación global de la calidad de vida.

Se hizo una adaptación lingüística de acuerdo con las características de expresión oral y escrita de la ciudad de Bogotá. El cuestionario se presentó en forma de cuadernillo, con una sola afirmación en cada página, de acuerdo con las instrucciones del autor. Al inicio aparecen cuatro ejemplos, con el objeto de familiarizar a los pacientes con la forma de calificación.

Procedimiento

Condiciones institucionales

Este estudio se realizó en la unidad de Oncología de un hospital de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, al cual asisten pacientes por la consulta externa que van a control médico o a recibir tratamiento de quimioterapia o radioterapia. También hay pacientes hospitalizados en cuidados paliativos o en tratamiento de quimioterapia. Los pacientes que están en pisos, no son atendidos en esta unidad, salvo aquellos pacientes que reciben radioterapia como parte del cuidado paliativo.

Los pacientes consultan por remisión de diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS). Sólo una pequeña proporción, no más del 10%, son pacientes privados. Los pacientes son remitidos por las EPS para la administración de procedimientos específicos, como la administración de radioterapia o quimioterapia. Esto implica a que los pacientes sean atendidos por diferentes especialistas médicos (cirujanos, oncólogos, hematólogos, radioterapeutas) sin que en muchos casos exista un médico tratante, reconocido como tal por el paciente. Este aspecto posiblemente influye en el bienestar psicológico del paciente, sin embargo en este estudio no se exploró.

Procedimiento de aplicación

La aplicación se realizó en diferentes horas del día a los pacientes que estaban en la sala de espera del instituto. Participaron como entrevistadoras tres estudiantes de Psicología. Previa a la aplicación se realizó un juego de roles, en el que se hizo una demostración de la forma como se abordaría a los pacientes. Las instrucciones que se dieron fueron las siguientes: "El equipo de Psicología de la Fundación está realizando un estudio sobre la calidad de vida de los pacientes que asisten al Instituto, nos gustaría contar con su colaboración. Se trata de responder a unas preguntas mientras Usted espera ser atendido". Si el paciente daba su consentimiento, se le pedía una información sobre datos demográficos: edad, estudios, tratamientos recibidos: radioterapia, quimioterapia, cirugía, tratamientos programados (ciclos de quimioterapia o sesiones de radioterapia), número de la historia clínica. A continuación se aplicaba el cuestionario, para lo cual se les leía cada uno de los ítems y se les daba instrucciones adicionales en caso de que fuera necesario. Algunos pacientes respondieron el cuestionario en forma autónoma. En las instrucciones se recalcó que el paciente debía valorar los efectos de su estado de salud, sin tener en cuenta otros factores que pudieran influir en su vida pero que no estuvieran directamente relacionados con su salud (por ejemplo si no trabaja porque está sin empleo a diferencia de no asistir al trabajo por sentirse enfermo). Debía referirse a su condición de salud en las últimas 24 horas.

RESULTADOS

Los datos se analizaron con el SPSS para MS Windows, versión 6.0. A continuación se presentan los de la población, sexo, edad, educación y ocupación.

A. Información demográfica

Participaron en total 49 pacientes, con las características de sexo, edad, ocupación y nivel educativo que se presentan en la Tabla 1. La mayoría de los pacientes cuentan con una vida laboral activa.

B. Información médica y de tratamientos recibidos contra el cáncer

La Tabla 2 presenta el diagnóstico médico de los pacientes, de acuerdo con la información obtenida de la historia clínica. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de tumores en cabeza y cuello; ello puede deberse al hecho de que la institución cuenta con un equipo de acelerador lineal para la administración de radioterapia que se utiliza para éste tipo de tumores. Este equipo sólo está disponible en algunos pocos centros oncológicos de la ciudad de Bogotá.

Respecto a la información médica, además del diagnóstico se indagó acerca de los tratamientos que estaban recibiendo los pacientes en el momento de la aplicación del cuestionario de calidad de vida. También se recopiló información sobre tratamientos contra el cáncer recibidos anteriormente. Los datos respectivos se presentan en la Tabla 3. Los pacientes no reportaron haber recibido otro tipo de tratamientos como inmunoterapia, braquiterapia o terapia hormo-

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

Sexo	Hombres	23	
	Mujeres	26	
Edad (en años)	Mínimo	14	
	Máximo	75	
	Media	48.58	
	Desviación típica	16.35	
	Sin información	1	
Ocupación		N	%
	Ama de casa	6	12.24
	Pensionados	6	12.24
	Estudiantes	3	6.12
	Activos laboralmente	33	67.35
	Sin información	1	2.04
Nivel educativo	Primaria	12	24.5
	Bachillerato	12	24.5
	Universitario	21	42.9
	Técnico	4	8.2

Tabla 2. Diagnóstico médico de los pacientes

Diagnóstico	N	%
Cabeza y cuello	11	22.44
Gastrointestinales	9	18.37
Ginecológicos	7	14.29
Mama	7	14.29
Próstata, testículo	6	12.24
Linfomas	4	8.16

Tabla 3. Tratamientos que recibieron o reciben actualmente los pacientes

Tratamiento	N	%
Quimioterapia		
Reciben	30	61.22
Recibieron	3	6.1
Radioterapia		
Reciben	16	32.7
Recibieron	7	14.28
Cirugía		
Se les practicó	26	53.06

nal. Algunos pacientes tuvieron cirugía y la mayoría reciben quimioterapia (61.22%).

C. Respuestas al cuestionario de calidad de vida

En la Tabla 4 se presenta el número de pacientes que respondieron a las preguntas con un valor de 0, lo que quiere decir que no experimentaban la molestia o el síntoma, los que respondieron con un mayor a 0 y los datos perdidos. Con excepción de las náuseas, que 25 pacientes reportaron no presentar y 23 pacientes tuvieron puntajes mayores a 0 y el vómito que solamente 5 pacientes presentaron, se aprecia que en los demás síntomas fue mayor el número de pacientes que experimentaron síntomas que los que tuvieron puntajes de 0. En el ítem, valoración general, se aprecia que la mayoría de los pacientes (81.63%) sintieron afectado, en algún grado, su estado general.

D. Expectativas de auto eficacia y expectativas de resultado de los pacientes

Como ya se mencionó, tres ítems evaluaron expectativas de auto eficacia y expectativas de resultados. Los resultados se presentan en la Tabla 5. Llama la atención, los altos puntajes obtenidos que parecerían indicar altas expectativas y confianza en los resultados. Sin embargo, es posible pensar que las respuestas pueden ser más el reflejo de deseabilidad social. Los pacientes consideran que una actitud optimista es un factor que influye positivamente en el curso de la enfermedad.

E. Estadísticos descriptivos de los síntomas reportados por los pacientes

En la Tabla 6 se presentan los estadísticos de los tres síntomas físicos, se aprecia que el que afecta en mayor medida a los pacientes es la fatiga.

La Tabla 7 presenta los estadísticos agrupados por dificultades familiares o sociales; el que tiene la media más alta corresponde a las preocupaciones económicas, seguidas por sentirse poco atractivo(a) para el sexo opuesto y, en tercer lugar, están las relaciones de pareja; el que menos preocupa son las relaciones familiares.

La Tabla 8 presenta los estadísticos de malestar psicológico; se aprecian los valores más altos en estado de ánimo, seguido por preocupación por el aspecto físico y nerviosismo.

La Tabla 9 presenta los estadísticos de dificultad en hábitos cotidianos, que muestra los mayores puntajes en

Tabla 4. Pacientes que no presentaron síntomas, pacientes que presentaron síntomas y datos perdidos

Preguntas del cuestionario	No. ítems	%	No. ítems > 0	%	No. perdidos
N=49					
Náuseas	25	52.1	23	47.91	1
Número de vómitos	42	31.1	5	10.63	2
Movilidad en su casa o ciudad	23	47.9	25	52.08	2
Actividad laboral fuera de casa	8	21.6	29	78.37	12 ¹
Situación laboral actual:					
Trabajan			22	48.9	
No trabajan por motivos de salud			14	31.1	
No trabajan por otros motivos			9	20.0	
Cuidados personales	24	49.0	25	51.02	0
Atractivo sexo opuesto	14	29.8	33	70.21	2
Ira	19	38.8	30	61.22	0
Capacidad para mover el cuerpo	11	23.9	35	76.08	3
Actividades recreativas	16	32.7	33	67.34	0
Nerviosismo	9	18.8	39	81.25	1
Fatiga	9	18.8	39	81.25	1
Satisfacción social	16	33.3	32	68.08	2
Sueño la noche pasada	16	35.6	29	64.44	4
Horas de sueño					5
Entre 4 y 6 horas			15		
Entre 7 y 9 horas			23		
Entre 10 y 12 horas			6		
Sensación de descanso					
Bien			33	70.2	2
Regular			11	23.4	
Mal			3	6.4	
Dolor	21	44.7	26	55.31	2
Vigilia	15	31.25	33	68.75	1
Preocupación por los hijos	11	31.42	24	68.75	14 ²
Actividades en casa	13	28.3	33	71.73	3
Aspecto físico	12	25.5	35	74.46	2
Estado de ánimo	11	23.4	36	76.59	2
Relaciones de pareja	11	34.3	21	65.63	17 ³
Relaciones familiares	21	43.8	27	56.25	1
Apetito	13	27.65	34	72.34	2
Qué tanto ha comido					3
La misma cantidad			16	34.8	
Menos			23	50.0	
Más			7	15.2	
Satisfacción con información	17	35.4	31	64.58	1
Concentración	14	28.6	35	71.42	0
Ganas e ilusiones por las cosas	16	32.7	33	67.34	0
Preocupaciones económicas	9	19.1	38	80.85	2
Miedo	8	16.3	41	83.67	0
Valoración general	9	18.4	40	81.63	0

¹ Pacientes que no trabajan
² Pacientes que no tienen hijos
³ Pacientes que no tienen pareja

actividad laboral, seguidos de apetito y capacidad para mover el cuerpo.

F. Análisis de varianza

Se realizó un análisis de varianza en el que se tomó como variable de contraste o independiente los tratamientos recibidos: quimioterapia, radioterapia, cirugía. Como variable dependiente se analizaron las respuestas, a los ítems de síntomas del cuestionario.

El análisis de varianza arrojó resultados significativos en la interacción entre quimioterapia y atractivo para el sexo opuesto y entre relación de pareja y quimioterapia $p > 0.001$. También fueron significativas la interacción entre quimioterapia y aspecto físico, quimioterapia y fatiga, quimioterapia y movilidad y quimioterapia y valoración negativa del día, $p > 0.005$.

Se encontraron relaciones significativas $p > 0.010$, entre quimioterapia y concentración, quimioterapia y satisfacción social, radioterapia y valoración general. Puede decirse que el tratamiento de quimioterapia afecta en mayor medida los indicadores de la calidad de vida de los pacientes, que el de radioterapia. El ítem de valoración general está afectado, de manera significativa, tanto por la quimioterapia como por la radioterapia.

G. Matriz de inter-correlaciones

Se realizó un análisis correlacional de los ítems de la prueba, tipo Rho de Spearman. Los resultados se presentan en la Tabla 11 como una matriz de inter-correlaciones.

En la Figura 1 se presentan las puntuaciones obtenidas por los pacientes en cada uno de los síntomas que componen la prueba de calidad de vida.

Tabla 5. Expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados de los pacientes

N=49 ítems	No.	% perdidos	No.
Opinión sobre cumplimiento			
Un poco de acuerdo	3	6.1	
Bastante de acuerdo	17	34.7	
Completamente de acuerdo	29	59.2	
Confianza en superar problemas			1
Un poco de confianza	1	2.1	
Bastante confianza	9	18.8	
Mucha confianza	38	79.2	
Capacidad de realizar indicaciones médicas			
Un poco capaz	1	2.1	
Bastante capaz	14	29.2	
Totalmente capaz	33	68.8	

Tabla 6. Estadísticos de síntomas físicos

	N				Percentiles		
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	25	50	75
Dolor	47	2	19.45	30.15	0	5	24
Fatiga	48	1	22.29	27.75	4.25	24	43
Náuseas	48	1	19.08	30.96	0	0	35.5

Tabla 7. Estadísticos dificultades familiares/sociales

	N				Percentiles		
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	25	50	75
Actividades recreativas	49	0	20.76	29.08	0	8	25
Atractivo para el sexo opuesto	47	2	25.89	33.46	0	10	46
Relaciones familiares	48	1	8.10	17.12	0	1.5	9
Información	48	1	19.02	29.26	0	4	28.25
Relaciones pareja	32	17	21.52	30.18	0	4.25	44.5
Preocupaciones económicas	47	2	38.38	35.99	5	27	71
Satisfacción social	48	1	20.38	28.78	0	7.5	29

CONCLUSIONES

Aplicar el cuestionario de calidad de vida, una población variada de pacientes con cáncer, de ambos sexos, con un rango amplio de edad, con diferente diagnóstico de cáncer, aporta porque respalda la generalidad de los datos obtenidos en anteriores estudios. El mayor porcentaje de pacientes estaba en tratamiento de quimioterapia y un poco más de la mitad fueron tratados con cirugías.

En cuanto a la aceptación del cuestionario, fue necesario aplicarlo cara a cara, no obstante el nivel educativo alto de la mayor parte de los participantes. Esto se debe a la poca costumbre que existe, en Colombia, de responder este tipo de formatos. Algunos pacientes manifestaron que era un poco largo. Inicialmente se sentían desanimados cuando veían el tamaño de los cuadernillos. Debe recordarse que la mayoría de los pacientes se encontraba en espera de un procedimiento y que algunos podrían estar ansiosos.

La adaptación lingüística del cuestionario obligó a modificar algunos términos que parecían poco apropiados para el contexto colombiano. Es el caso de la palabra ansiedad que se utiliza en el medio de los psicólogos, pero que el común de la gente no utiliza y no tiene claro su significado. En este caso se reemplazó por la palabra nerviosismo. Quizás sea necesario emprender un trabajo más sistemático de adaptación, para garantizar la adecuación general del instrumento.

El análisis de la tabla 4 permite concluir que, en la gran mayoría de los ítems del cuestionario, los pacientes reportan por molestias que las puntuaciones están por encima de 0. Es interesante que tanto náuseas como

vómitos están por debajo del 50%. Ello puede ser consecuencia de desarrollo de antieméticos más poderosos; con un control farmacológico más adecuado estos síntomas pueden reducirse de manera importante. Estos datos contrastan con la literatura de hace pocos años, en la cual éstos síntomas constituyen una molestia importante en detrimento de la calidad de vida de los pacientes. No ocurre lo mismo con los síntomas psicológicos, en los que se aprecia que el miedo afecta, en algún grado, a la mayoría de los pacientes, seguido del nerviosismo y la fatiga. Un porcentaje importante de pacientes puntúan en la valoración general del día, indicando de esta manera, que sienten afectado su estado general, debido a su condición de salud.

Tres ítems del cuestionario están relacionados con el constructo de auto eficacia; el primero, opinión sobre cumplimiento, evalúa expectativas de resultados, o la convicción que tienen los pacientes respecto a los resultados que se obtienen con un seguimiento adecuado del tratamiento. Los datos muestran una gran confianza de los pacientes en la efectividad terapéutica. Ello no deja de ser interesante, si tenemos en cuenta que casi el 50% de los pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer mueren en los 5 años siguientes al diagnóstico (40% en población blanca y 56% en población Afro Americana, APA Monitor, Pág. 29, 1999) A pesar de ello, los pacientes consideran que "si hacen lo que el doctor les indica", podrán recuperar la salud. Le apuestan al optimismo. Estos resultados invitan a indagar por los mecanismos psicológicos subyacentes, que podrían estar relacionados con estrategias de afrontamiento dirigidas al control emocional.

Respecto a los dos ítems relacio-

Tabla 8. Estadísticos de malestar psicológico

	N				Percentiles		
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	25	50	75
Aspecto físico	47	2	31.62	33.53	0	16	58
Concentración	49	0	20.57	28.78	0	7	30.5
Estado de ánimo	47	2	32.66	34.64	3	21	54
Ganas e ilusiones	49	0	22.86	29.67	0	9	30.5
Preocupación por los hijos	35	14	19.94	26.57	0	9	27
Ira	49	0	18.08	27.56	0	2	29.5
Miedo	49	0	28.08	31.62	3	12	52
Nerviosismo	48	1	30.98	32.33	3.25	13.5	49.5

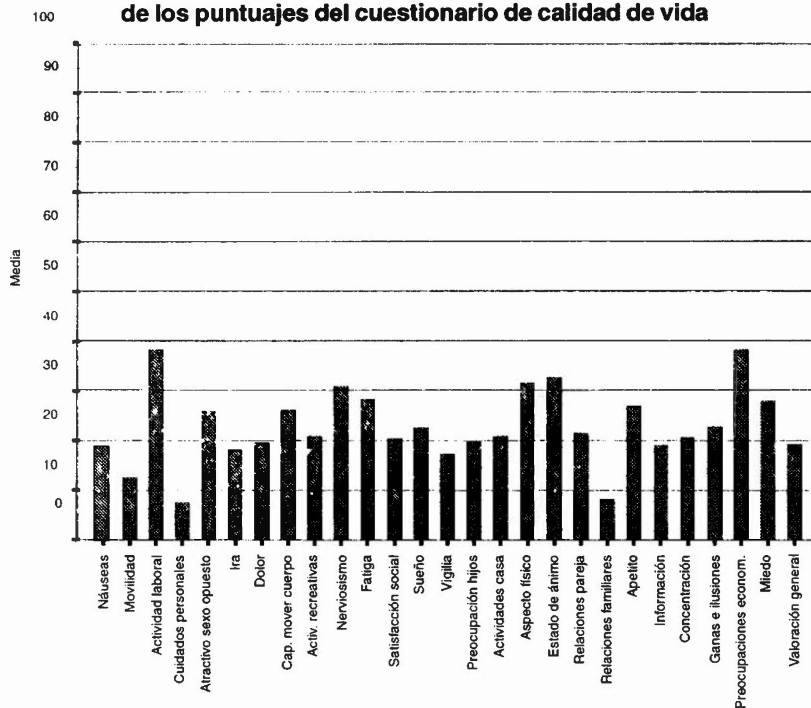
Tabla 9. Dificultad en hábitos cotidianos

	N				Percentiles		
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	25	50	75
Movilidad	48	1	12.58	19.37	0	1.5	19.5
Sueño	45	4	22.49	29.59	0	6	42
Vigilia	48	1	17.31	26.25	0	5	23.5
Cuidados personales	49	0	7.57	12.27	0	2	11
Capacidad para mover el cuerpo	46	3	26	30.73	1.5	10.5	49.25
Apetito	47	2	29.96	32.06	0	13	43
Actividades en casa	46	3	20.85	29.15	0	7	28.5
Actividad laboral	37	12	38.19	39.15	1.5	31	76

Tabla 10. Análisis de varianza, ítems del cuestionario por tipo de tratamiento

Significativas al 1%	
Quimioterapia con atractivo sexo opuesto	0.0051
Quimioterapia con relaciones de pareja	0.0092
Significativas al 5%	
Quimioterapia con aspecto físico	0.0291
Quimioterapia con fatiga	0.0224
Quimioterapia con movilidad	0.0416
Significativas al 10%	
Quimioterapia con concentración	0.0661
Radioterapia con satisfacción social	0.0918
Radioterapia con valoración general	0.0688
Significativas al 20%	
Quimioterapia con ganas e ilusiones	0.1198
Cirugía anterior con actividades recreativas	0.1087
Radioterapia anterior con apetito	0.1742
Cirugía anterior con concentración	0.1302
Quimioterapia con relaciones familiares	0.1891
Radioterapia con relaciones familiares	0.1490
Radioterapia con movilidad	0.1127
Quimioterapia con náuseas	0.1159
Cirugía anterior con preocupaciones económicas	0.1594
Cirugía anterior con sueño	0.1829
Cirugía anterior con vigilia	0.1515

Figura 1. Comparación de medias de los puntajes del cuestionario de calidad de vida



nados con auto eficacia percibida, o la confianza que tienen en su propia capacidad de superar la situación o de realizar las indicaciones médicas, también se aprecia que la mayoría de los pacientes tiene unas expectativas altas de auto eficacia.

El agrupamiento de los ítems del cuestionario de acuerdo con las escalas propuestas por Font, síntomas físicos, dificultades familiares/ sociales, malestar psicológico, dificultad en hábitos cotidianos, pone en evidencia la importancia de lo referente al malestar psicológico. Parece que este aspecto, junto con las preocupaciones económicas, son los que más afectan la calidad de vida de los pacientes.

La matriz de intercorrelaciones de los ítems aporta a la consistencia de la prueba; se pueden apreciar correlaciones significativas en ítems asociados. El tratamiento con quimioterapia afecta negativamente la calidad de vida de los

pacientes. En consecuencia, los programas de intervención psicológica deben poner un mayor énfasis en la intervención con los pacientes que reciben este tratamiento.

Resulta de la mayor importancia contar con un instrumento, como el utilizado en este estudio, para evaluar de manera sistemática la calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer y hacer un seguimiento con un instrumento que sea sensible a los cambios que experimentan los pacientes. Es importante desarrollar un protocolo de evaluación que contemple aspectos de ajuste psicosocial. Contrastar los resultados del instrumento de Font con escalas de depresión y ansiedad permitiría una evaluación más cuidadosa de la condición emocional de los pacientes.

Es importante compartir estos resultados con el equipo médico, con el propósito de sensibilizar a estos pro-

fesionales acerca de las necesidades psicológicas de los pacientes. En ocasiones prevalece un abordaje excesivamente centrado en la terapéutica médica que deja de lado el bienestar psicológico; esto incide de manera importante en la calidad de vida, y en la adhesión al tratamiento. No es infrecuente encontrar pacientes que por decisión propia abandonan el tratamiento, porque consideran que las molestias que el mismo les proporciona, no compensan inciertos beneficios a mediano plazo. Sería muy deseable que, como parte de los protocolos de atención médica al paciente con cáncer, se hicieran a lo largo del tratamiento evaluaciones de la calidad de vida.

Varias tareas se plantean a los psicólogos que trabajamos en el campo de la Psicooncología en Colombia:

1. La conformación de redes profesionales de psicooncólogos que permitan aunar esfuerzos en procura del desarrollo, adaptación y validación de instrumentos de evaluación del paciente con cáncer. Es necesario contar a corto plazo con un protocolo sencillo de evaluación que sea incorporado al Sistema de Salud como parte integral del tratamiento del paciente con cáncer.
2. El fortalecimiento académico del grupo de profesionales que trabajan desde hace años en el campo de la Psicooncología y que han consolidado experiencias de intervención grupal y profesional. Se requiere desarrollar programas de actualización con la participación de expertos en el área, provenientes de diferentes partes del mundo.
3. Unir esfuerzos para investigar sobre los factores psicosociales que intervienen en la presencia de con-

Tabla 11. Matriz de intercorrelaciones

Correlaciones Tipo Rho de Spearman	Estadísticos Coeficiente de correlación																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Náuseas	1	0,56	0,45	0,22	0,38	0,51	0,45	0,24	0,40	0,26	0,32	0,31	0,50	0,22	0,66	0,47	0,46	0,70	0,32	0,52	0,38	0,32	0,29	0,08	0,34	0,47	
Movilidad	0,56	1	0,57	0,44	0,59	0,43	0,60	0,48	0,31	0,40	0,38	0,39	0,25	0,27	0,51	0,56	0,34	0,60	0,43	0,33	0,56	0,61	0,49	0,11	0,19	0,51	
Actividad laboral	0,45	0,57	1	0,26	0,44	0,41	0,53	0,37	0,26	0,35	0,20	0,30	0,21	0,25	0,40	0,50	0,34	0,61	0,29	0,42	0,35	0,52	0,24	0,02	0,28	0,51	
Cuidados personales	0,22	0,44	0,26	1	0,45	0,20	0,24	0,57	0,16	0,49	0,18	0,17	0,14	0,35	0,34	0,23	0,17	0,38	0,46	0,34	0,21	0,38	0,34	0,30	0,20	0,51	
Atractivo sexo opuesto	0,38	0,59	0,44	0,45	1	0,22	0,42	0,43	0,21	0,40	0,34	0,31	0,15	0,23	0,33	0,59	0,29	0,62	0,35	0,33	0,49	0,41	0,46	0,34	0,34	0,51	
Ira	0,51	0,43	0,41	0,20	0,22	1	0,38	0,17	0,51	0,28	0,21	0,38	0,57	0,18	0,60	0,60	0,29	0,40	0,16	0,40	0,21	0,26	0,46	-0,10	0,34	0,51	
Capacidad de mover cuerpo	0,45	0,60	0,53	0,24	0,42	0,38	1	0,55	0,15	0,12	0,03	0,34	0,34	0,36	0,37	0,36	0,33	0,45	0,33	0,25	0,42	0,49	0,16	0,08	0,17	0,51	
Activ. recreativas	0,24	0,48	0,37	0,57	0,43	0,17	0,55	1	0,11	0,43	0,17	0,30	0,33	0,50	0,36	0,27	0,43	0,34	0,41	0,45	0,55	0,39	0,30	0,21	0,24	0,51	
Nerviosismo	0,40	0,31	0,26	0,16	0,21	0,51	0,15	0,11	1	0,44	0,56	0,35	0,48	0,38	0,48	0,53	0,57	0,50	0,30	0,41	0,11	0,41	0,60	0,25	0,50	0,51	
Fatiga	0,55	0,45	0,33	0,25	0,40	0,36	0,31	0,16	0,49	0,36	0,45	0,49	0,49	0,26	0,58	0,60	0,52	0,61	0,39	0,43	0,26	0,45	0,49	0,23	0,24	0,51	
Satisfacción social	0,26	0,40	0,35	0,49	0,40	0,28	0,12	0,43	0,44	1	0,44	0,43	0,33	0,28	0,50	0,52	0,47	0,43	0,34	0,46	0,33	0,51	0,51	0,16	0,18	0,51	
Sueño	0,32	0,38	0,20	0,18	0,34	0,21	0,03	0,17	0,56	0,44	1	0,30	0,29	0,26	0,40	0,41	0,55	0,38	0,25	0,44	0,26	0,29	0,48	0,16	0,20	0,51	
Dolor	0,31	0,39	0,30	0,17	0,31	0,38	0,34	0,30	0,35	0,43	0,30	1	0,33	-0,07	0,46	0,43	0,36	0,55	0,27	0,45	0,34	0,30	0,25	0,29	0,06	0,51	
Vigilia	0,50	0,25	0,21	0,14	0,15	0,57	0,34	0,33	0,48	0,33	0,29	0,33	1	0,52	0,67	0,65	0,60	0,46	0,30	0,47	0,24	0,42	0,48	-0,06	0,34	0,51	
Preocupación hijos	0,22	0,27	0,25	0,35	0,23	0,18	0,36	0,50	0,38	0,28	0,26	-0,07	0,52	1	0,23	0,36	0,58	0,45	0,42	0,12	0,34	0,55	0,47	0,22	0,56	0,51	
Actividades casa	0,66	0,51	0,40	0,34	0,33	0,60	0,37	0,36	0,48	0,50	0,40	0,46	0,67	0,23	1	0,62	0,64	0,42	0,34	0,65	0,24	0,34	0,50	0,03	0,34	0,51	
Aspecto físico	0,47	0,56	0,50	0,23	0,59	0,60	0,36	0,27	0,53	0,52	0,41	0,43	0,65	0,36	0,62	1	0,50	0,68	0,32	0,38	0,39	0,52	0,66	0,10	0,36	0,51	
Estado de ánimo	0,46	0,34	0,34	0,17	0,29	0,29	0,33	0,43	0,57	0,47	0,55	0,36	0,60	0,58	0,64	0,50	1	0,48	0,34	0,67	0,41	0,36	0,59	0,39	0,48	0,51	
Relaciones de pareja	0,70	0,60	0,61	0,38	0,62	0,40	0,45	0,34	0,50	0,43	0,38	0,55	0,46	0,45	0,42	0,68	0,48	1	0,73	0,44	0,59	0,69	0,57	0,47	0,56	0,51	
Relaciones familiares	0,32	0,43	0,29	0,46	0,35	0,16	0,33	0,41	0,30	0,34	0,25	0,27	0,30	0,42	0,34	0,32	0,34	0,73	1	0,36	0,50	0,58	0,33	0,51	0,45	0,51	
Apetito	0,52	0,33	0,42	0,34	0,33	0,40	0,25	0,45	0,41	0,46	0,44	0,45	0,47	0,12	0,65	0,38	0,67	0,44	0,36	1	0,42	0,25	0,46	0,27	0,36	0,51	
Información	0,38	0,56	0,35	0,21	0,49	0,21	0,42	0,55	0,11	0,33	0,26	0,34	0,24	0,34	0,24	0,39	0,41	0,59	0,50	0,42	1	0,38	0,36	0,32	0,34	0,51	
Concentración	0,32	0,61	0,52	0,38	0,41	0,26	0,49	0,39	0,41	0,51	0,29	0,30	0,42	0,55	0,34	0,52	0,36	0,69	0,58	0,25	0,38	1	0,51	0,18	0,32	0,51	
Ganas e ilusiones	0,29	0,49	0,24	0,34	0,46	0,46	0,16	0,30	0,60	0,51	0,48	0,25	0,48	0,47	0,50	0,66	0,59	0,57	0,33	0,46	0,36	0,51	1	0,27	0,52	0,51	
Preocupación económica	0,08	0,11	0,02	0,30	0,34	-0,10	0,08	0,21	0,25	0,16	0,16	0,29	-0,06	0,22	0,03	0,10	0,39	0,47	0,51	0,27	0,32	0,18	0,27	1	0,32	0,51	
Miedo	0,34	0,19	0,28	0,20	0,34	0,34	0,17	0,24	0,50	0,18	0,20	0,06	0,34	0,56	0,34	0,36	0,48	0,56	0,45	0,36	0,34	0,32	0,52	0,32	1	0,51	
Valoración general	0,47	0,51	0,45	0,29	0,47	0,40	0,22	0,28	0,47	0,23	0,38	0,34	0,35	0,39	0,43	0,51	0,41	0,79	0,43	0,40	0,45	0,49	0,66	0,28	0,75	0,51	

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
 La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ductas de riesgo para el cáncer en distintos grupos poblacionales.

4. Es tarea inaplazable de este grupo de psicólogos gestionar el cambio de políticas nacionales referentes a la atención del paciente con cáncer, que contemple la atención a los aspectos psicosociales asociados a la enfermedad.
5. Se requiere que la comunidad médica esté más informada sobre la importancia que tiene atender las necesidades psicosociales de estos pacientes y adelantar un trabajo de equipo, basado en el respeto y el reconocimiento de los aportes que cada profesión está en capacidad de hacer, para atender de manera integral las necesidades tanto del paciente como de su familia.
6. Urge adelantar la educación al público, en general, sobre los aspectos psicológicos que afectan el curso del cáncer Ψ

REFERENCIAS

- APA Monitor American Psychological Association. 1999
- AARONSON, N. K. Methodological Issues in Assessing the Quality of Life in Cancer Patients. *Cancer* 67. 1991; 844-850.
- BRADLYN, A. S.; HARRIS, C. V.; WARNER, J. E.; RITCHEY, A. K. y ZOBODY, K. An Investigation of the Validity of the Quality of Well-being Scale with Pediatric Oncology Patients, *Health Psychology*. 1993; 3: 246-250.
- CALMAN, K. C. Definitions and Dimensions of Quality of Life. En Aaronson, N. K.; Beckman, J. H. Bernheim; J. L. y Zittoun, R. (Eds.) *The Quality of Life in Cancer Patients*. Nueva York: Raven Press. 1987.
- DIE-TRILL, M. y HOLLAND, J. A model Curriculum for Training in Psycho-oncology. *Psycho-oncology*, 1995; 4:169-182.
- Donnelly, S. y Walsh, D. Quality of life assessment in advanced cancer, *Palliative Medicine*. 1996; 10:275-283.
- FERRERO, J.; BARRETO, M. P. y TOLDO, M. Mental Adjustment to Cancer and Quality of Life in Breast Cancer Patients: an Exploratory Study, *Psycho-Oncology*. 1996; 10: 223-232.
- FONT, A. Cáncer y calidad de vida, *Anuario de Psicología*. 1994; 3: 41-50.
- GIBBONS, F. X Social Comparison as a Mediator of Response Shift. *Social Science & Medicine*. 1999; 48: 1517-1530.
- GREER, S. Psychooncology: Its Aims, Achievements and Future Task. *Psycho-oncology*. 1994; 3: 87-101.
- HOLLAND, J. C. Historical Overview. En HOLLAND, J. C. y Rowland, J. H. (Ed.) *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press. 1990.
- HOLLAND, J. C. Psycho-oncology: Overview, Obstacles and Opportunities. *Psycho-oncology*. 1992; 1: 1-13.
- Instituto Nacional de Cancerología. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia 1990. Bogotá: Nuevas Ediciones. 1994.
- RANCOUR, P. Introducing Medical Students to Psycho-oncology. *Psycho-oncology*. 1996; 5: 55-57.
- RICHARDS, M. A. y RAMÍREZ, A. J. Quality of Life: The Main Outcome Measure of Palliative Care. *Palliative Medicine*. 1997; 11: 89-92.
- SCHWARTZ, C. E. y SPRANGERS, M. A.G. Methodological Approaches for Assessing Response Shift in Longitudinal Health-related Quality of Life Research. *Social Science & Medicine*. 1999; 48: 1531-1548.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas*. Santillana, S.A. Taurus: Madrid. 1977/1996.
- SPIEGEL, D.; BLOOM, J. R. y YALOM, I. Group Support for Patients with Metastatic Cancer. *Arch. Gen. Psychiat.* 1981; 38: 527-533.
- SPIEGEL, D.; BLOOM, J. R.; KRAEMER, H.C. y GOTTHEIL, E. Effects of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet* ii. 1989; 888-891.
- SPIEGEL, D. Health Caring. *Cancer*. 1994; 74: 1453-1457.
- SPRANGERS, M.A.G.; SCHWARTZ, C.E. Integrating Response Shift into Health-Related Quality of Life Research: A Theoretical Model. *Social Science & Medicine* 1999; 48: 1507-1515.
- TESTA, M. A. y SIMONSON, D. C. Assessment of Quality-of-life Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334 (13): 835-839.
- VENTEGODT, S. *Measuring the Quality of Life: From Theory to Practice*. Centertryk, Holbæk: Denmark. 1995.
- WATSON, M.; GREER, J.; YOUNG, J.; INAYAT, Q.; BURGUESS, C. Y ROBERTSON, B. Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*. 1988; 18: 203-209.
- WATSON, M.; LAW, M.; MAGUIRE, G. P.; ROBERTSON, B.; GREER, S.; BLISS, J. M.; IBBOTSON, T. Further Development of a Quality of Life Measure for Cancer Patients: The Rotterdam Symptom Checklist (revised), *Psycho-Oncology*. 1992; 1: 35-44.
- WHOQOL, Versión española del WHOQOL. Ergon S.A.: Madrid. 1998.
- YABROFF, K. R.; LINAS, B. P. y SCHULMAN, K. Evaluation of Quality of Life for Diverse Patient Populations. *Breast Cancer Research and Treatment*. 1996; 40: 87-104.