

EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EORTC QLQ C-30 DENTRO DE UN ESTUDIO CON PACIENTES ADULTOS DE CENTROS DE ONCOLOGÍA DE BOGOTÁ

Carlos-Javier Portillo-Guerra & Martha Restrepo
Universidad Nacional de Colombia

Resumen

La calidad de vida de los pacientes con cáncer es un proceso de adaptación que está influenciado por características médicas y sociodemográficas que facilitarán o dificultarán la adaptación a la enfermedad. En esta investigación se usó un cuestionario de datos demográficos y el cuestionario de calidad de vida, EORTC QLQ C-30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer quality of Life Questionnaire Core 30), para analizar la relación entre variables médicas y demográficas del paciente con las áreas de funcionamiento que componen la calidad de vida. El estudio incluyó 122 pacientes con cáncer tratados en cuatro centros de oncología de la ciudad de Bogotá. Los resultados indican que la versión del cuestionario posee características psicométricas aceptables y que las áreas de funcionamiento emocional y de rol son las mejores predictoras de la calidad de vida en el paciente con cáncer. Así mismo, los principales factores que afectan la adaptación al cáncer son: estar en un rango de edad entre 18 y 40 años, tener responsabilidades por miembros de la familia, presentar dificultades financieras y recibir tres tratamientos distintos.

Palabras clave: *calidad de vida, cáncer, cuestionario EORTC, áreas de funcionamiento, adaptación.*

Abstract

The quality of life of the patients with cancer is a process of adaptation influenced by medical and sociodemographics characteristics of patients that facilitate or difficult the adaptation to the illness. This investigation employed a demographic information questionnaire and the quality of life questionnaire EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of Life Questionnaire Core 30), to analyze the relation between medical and demographic variables of the patient with the functional areas that compose the quality of life. This study included 122 ^{oooooooo}. The results indicate that the EORTC QLQ C-30 had acceptable psychometric properties and the emotional and role functional areas are the best predictors of the quality of life in the patient with cancer. Likewise, the principal factors that affect the adaptation to the cancer are: to be in a range of age between 18 and 40 years, to take responsibilities by family members, to present financial difficulties and to receive three different treatments.

Key Words: *quality of life, cancer, EORTC questionnaire, functional areas, adaptation.*

Introducción

La cuestión de la calidad de vida en el tratamiento que reciben los pacientes con cáncer ha ido adquiriendo cada vez más importancia a medida que la esperanza de vida para estos pacientes aumenta y se van desarrollando nuevas formas de manejar los efectos secundarios de los tratamientos. El interés que se ha generado ha hecho que profesionales de distintas

ciencias la estudien y la relacionen con variables del tratamiento o de la persona (Isikhan, 2001). Aún así, en la práctica médica profesional la integración en el tratamiento de la calidad de vida resulta difícil pues al ser un concepto tan poco claro y por ende difícil de medir, es definido y trabajado de diferentes formas, generalmente bajo la concepción que el personal médico tratante tenga de ella (Moreno & Ximénez, 1996).

Aunque aún no se ha logrado un acuerdo general sobre el término “calidad de vida” su empleo se ha ido generalizando principalmente en el contexto hospitalario, sobre todo cuando se tratan enfermedades crónicas como el cáncer. Por esta razón varios autores han buscado en las últimas décadas definir o por lo menos comprender, a qué se hace referencia cuando se habla de “la calidad de vida del paciente con cáncer”, restringiendo así su significado a una enfermedad en particular con el fin de lograr una mejor definición, y evitando que el concepto se equipare únicamente con ausencia de dolor o de malestar físico o psicológico.

Distintos autores han considerado la calidad de vida como una evaluación subjetiva de las condiciones de vida que presenta el paciente en el momento actual (Grau, 2002). A partir de esta idea la calidad de vida se ha equiparado con conceptos como bienestar o satisfacción, términos que los investigadores han usado indistintamente a la hora de realizar sus propios estudios. Grau (2002) provee varias definiciones que ejemplifican esta equivalencia de términos entre calidad de vida, bienestar y satisfacción. Se encuentra la de Cough & Dalgleish (1991) (citado por Grau, 2002) quienes consideran que la calidad de vida hace referencia a “los sentimientos de bienestar del paciente”, o la de Chaturvedi (1991) (citado por Grau, 2002) quien propone que “por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo”. Las definiciones que están más relacionadas a una enfermedad en particular como el cáncer se basan principalmente en una comparación que hace el paciente de su funcionamiento actual con su funcionamiento pasado o con las expectativas que tiene sobre su funcionamiento futuro. Ejemplos de estas definiciones las provee Celia & Tulskey (1990) (citado por Grau, 2002) al proponer que “es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado como el que percibe como posible o ideal”, o la de Caplan (1984) (citado por Molassiotis, 1997) quien propone que la calidad de vida contrasta la situación actual con las esperanzas y expectativas del paciente.

Estas definiciones destacan la importancia que tiene en la evaluación de la calidad de vida la reflexión que hace el paciente sobre el impacto del cáncer en su vida (componente subjetivo). Sin embargo por la misma forma en que están dadas las definiciones, se presenta un problema para realizar su evaluación, pues no es lo mismo tener una definición de calidad de vida desde lo que siente o piensa el paciente, que tener una definición que apunte a la evaluación objetiva a partir de los comportamientos y situaciones observables. Esto no quiere decir que sean dos definiciones distintas de la calidad de vida, sino que son diferentes aproximaciones hacia un mismo concepto, siendo uno de los objetivos del trabajo en calidad de vida lograr una mayor comprensión del término, a través de un trabajo

teórico y filosófico sobre el concepto como tal y también por medio de investigaciones sobre los aspectos observables de la calidad de vida.

Uno de las principales dificultades para integrar totalmente la calidad de vida en la investigación y la intervención médica en pacientes con cáncer es que ésta se ha interpretado o bien como una ausencia de síntomas físicos, o bien como una sensación interna que tiene el paciente, la cual es imposible de observar y que por tanto impide su integración en los protocolos de investigación y tratamiento. Los estudios en calidad de vida han logrado poner el énfasis en que la calidad de vida se ve afectada por varios factores físicos, sociales y psicológicos del paciente (factores mediadores), los cuales influyen de diferente manera a través del tiempo, y que pueden ser estudiados e integrados en los distintos tratamientos con el fin de que afecten positivamente la evaluación interna que hace el paciente de su calidad de vida (Allison et al, 1997).

A partir de lo anterior en este trabajo, la calidad de vida en pacientes con cáncer se referirá al grado de adaptación del paciente a su enfermedad. Esto quiere decir que la calidad de vida se considera un resultado de la interacción de las áreas de funcionamiento más importantes para el paciente y se expresa principalmente por medio de una evaluación subjetiva que hace él mismo en un momento determinado.

Esta definición resalta el hecho de que algunas áreas de funcionamiento tendrán mayor relevancia para el paciente en un momento en particular, afectando (de manera positiva o negativa) la calidad de vida y por tanto su evaluación. La evaluación se considera que es una forma de expresión que se puede dar de varias formas, por ejemplo por medio de comentarios aislados, a través de una entrevista o por medio de cuestionarios especializados.

Ventajas de la evaluación de la calidad de vida

La principal ventaja de la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con cáncer radica en que es un indicador valioso del éxito del tratamiento (Restrepo, 1999). La adaptación psicológica del paciente y de su familia al cáncer es un objetivo que se logra al intervenir en las áreas que el paciente considere más importantes para él, por tanto su evaluación nos permitirá conocer como ha logrado el paciente adaptarse a la enfermedad y saber cuáles son los aspectos de su vida y del tratamiento que han facilitado o dificultado esta adaptación.

Los cuestionarios de calidad de vida como instrumentos de evaluación también presentan una serie de ventajas que facilitan el trabajo médico y psicológico en el paciente. Por un lado informan de las necesidades del paciente a lo largo del tratamiento, desde su diagnóstico hasta su resolución, lo cual facilita la toma de algunas decisiones e incluso la utilización de algún tipo de intervención especializada como sería el caso del tratamiento psicológico o psiquiátrico (Fairclough, 1998). La identificación temprana de problemas es

el primer paso para proveer un tratamiento y un soporte adecuado (McLanchlan et al, 2001). Por otro lado, sirve para comparar los beneficios y efectos no deseados de distintos tratamientos sobre el paciente, sobre todo cuando el tratamiento es paliativo, proveyendo de valiosa información al médico tratante (Fairclough, 1998). Así mismo, facilita la comunicación entre el personal médico y el paciente, pues los primeros logran indagar sobre los problemas más relevantes del paciente y su severidad, identificando también otros que tiende a subestimar por no estar preparados para reconocerlos, tales como la depresión, la ansiedad y los problemas interpersonales. Por su parte, el paciente logra resumir sus dificultades sin olvidar ninguna (lo que es bastante común en las consultas) y puede aportar ejemplos concretos (McLanchlan et al, 2001). En general, se puede decir que la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer permite determinar los efectos de las intervenciones, la calidad de los cuidados, estimar las necesidades del paciente, proveer información útil para las decisiones terapéuticas y comprender la función de las variables mediadoras en la salud del paciente y en la adaptación a la enfermedad (Fairclough, 1998; Grau, 2002; McLanchlan et al, 2001).

La presente investigación es un estudio descriptivo que busca por una parte, evaluar el funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ C-30) y su potencial uso con poblaciones similares y, por otra parte, presentar la percepción que pacientes adultos con cáncer tienen de su calidad de vida y relacionar esta información con sus datos demográficos y médicos.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 122 pacientes adultos con diferentes tipos de cáncer, en atención ambulatoria y atendidos en los siguientes centros de oncología de la ciudad de Bogotá: Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB), Hospital San Rafael, Hospital San José y Clínica Marly. La muestra se considera no probabilística teniendo en cuenta que la participación fue voluntaria.

Instrumentos

Se empleó un cuestionario de datos demográficos que indagaba información médica y sociodemográfica del paciente, y un cuestionario de calidad de vida, el EORTC QLQ C-30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Questionary Core 30) (versión 2.0) desarrollado por el grupo de estudio de calidad de vida del EORTC. Es un cuestionario compuesto por 5 escalas de funcionamiento (físico, rol, emocional, cognitivo y social), 3 escalas de síntomas (náuseas y vómito, dolor y fatiga), una escala global de salud física y calidad de vida, y 6 ítems simples que evalúan dificultades financieras, diarrea, estreñimiento, pérdida de apetito, insomnio, y asfíxia.

Procedimiento

La investigación estuvo conformada por dos fases: un estudio piloto para obtener información estadística sobre el funcionamiento del EORTC QLQ C-30 y tomar decisiones sobre su uso potencial, y el estudio descriptivo para evaluar la calidad de vida de los pacientes y relacionarla con las variables sociodemográficas y médicas.

Para la conformación de la muestra cada paciente fue abordado directamente en las salas de espera o de quimioterapia de los hospitales nombrados, se le explicaba el estudio y si aceptaba participar en el mismo se le entregaban los cuestionarios para que los respondiera individualmente. Si el paciente presentaba algún tipo de impedimento se le ayudaba a responderlo. Las aplicaciones tuvieron una duración de 10 a 20 minutos.

Dentro del primer estudio se realizó una aplicación piloto del instrumento para hallar la consistencia de sus escalas, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente se utilizó la correlación por rangos de Spearman para conocer la relación entre los puntajes de las escalas de funcionamiento con el de la escala de calidad de vida, así como la relación entre los puntajes de las escalas de síntomas con los de las escalas de funcionamiento y de calidad de vida. La correlación mínima que se consideró aceptable fue de .3.

En la segunda parte del estudio se realizaron pruebas no paramétricas: la prueba de Mann-Whitney para dos muestras independientes y la prueba Kruskal Wallis para varias muestras independientes. Estas pruebas permitieron identificar las diferencias significativas en las áreas de funcionamiento de acuerdo con las características médicas o demográficas; características que servirán como indicadores de los factores que pueden generar problemas de adaptación del paciente al cáncer. Todas las pruebas se trabajaron con un $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis psicométricos

Los resultados del alfa de Cronbach para conocer la confiabilidad en cada una de las escalas de funcionamiento del EORTC, mostraron una buena confiabilidad a excepción de la escala de funcionamiento cognitivo en donde el alfa de Cronbach fue de .24, y la correlación entre sus ítems fue de .13, por lo cual se tomó la decisión de no tomar en cuenta esta escala dentro de los análisis subsiguientes.

A partir de las correlaciones entre las diferentes escalas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30, y de estas escalas con la de calidad de vida global, se encontró que las escalas de funcionamiento emocional y de rol son las que mejor correlacionan entre sí ($r = .409$; $P = .01$), y las que mejor correlacionan con el puntaje global de calidad de vida ($r = .612$, $p < .001$; para funcionamiento emocional y $r = .446$; $p < .001$ para rol). Por el contrario, escalas que presentaron una correlación menor al mínimo aceptable ($r = .3$) fueron la de funcionamiento emocional y la de funcionamiento físico con correlaciones de 0.29. La tabla

1 presenta la matriz de correlaciones entre las escalas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30.

Tabla 1
Matriz de correlaciones entre las áreas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30

| | Físico | Emocional | Rol | Social | Calidad de vida |
|-----------------|--------|-----------|------|--------|-----------------|
| Físico | 1 | .292 | .397 | .332 | .380 |
| Emocional | | 1 | .409 | .384 | .612 |
| Rol | | | 1 | .354 | .446 |
| Social | | | | 1 | .329 |
| Calidad de vida | | | | | 1 |

Por otra parte, se analizaron las correlaciones que se presentaron entre las escalas de funcionamiento con las escalas de síntomas. Se encontró que las escalas de fatiga, náuseas y vómito, dolor y el ítem que evalúa dificultades financieras, fueron las que más se relacionaron con las áreas de funcionamiento y con calidad de vida. Las correlaciones que existen entre estos problemas y las áreas de funcionamiento fueron negativas, en consecuencia, a mayor fatiga, dolor, náuseas y presencia de dificultades financieras, menor es el funcionamiento emocional, social, físico y de roles, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente. La tabla 2 presenta las correlaciones entre las escalas de síntomas mencionadas con las áreas de funcionamiento.

Tabla 2
Matriz de correlaciones entre las escalas de síntomas con las escalas de funcionamiento del EORTC QLQ C-30

| | Calidad de vida | Físico | Emocional | Roles | Social |
|--------------------------|-----------------|--------|-----------|-------|--------|
| Fatiga | -.476 | -.527 | -.413 | -.539 | -.328 |
| Náuseas y vómito | -.280 | -.305 | -.269 | -.363 | -.291 |
| Dolor | -.396 | -.450 | -.412 | -.345 | -.284 |
| Dificultades financieras | -.309 | -.253 | -.341 | -.136 | -.495 |

Información demográfica y médica

De los 122 pacientes encuestados 86 son mujeres (70.5%) y 36 son hombres (29.5%). El rango de las edades para esta muestra está entre 18 y 80 años con un promedio de 54.5 (S.D.= 15.5). Con relación a su estado civil y composición familiar, el 54.9% de los pacientes están casados y el resto se reparte casi uniformemente entre los otros estados civiles. El 21.3% de los pacientes encuestados viven con una sola persona o solos, mientras que el restante 78.7% viven con 2 o más personas; lo más frecuente es que los pacientes vivan con 3 personas aunque el rango esté entre 0 y 12. Generalmente viven con su pareja e hijos o con padres y hermanos y en menor proporción con otras personas.

Con relación a los diagnósticos médicos que tenían los pacientes, se encontró que el más común era el cáncer de mama con 26.2% del total de la muestra, lo que entre las

mujeres representa el 37.2% de los diagnósticos. Le siguen entre los más frecuentes el cáncer de colon y recto (18.0%), los urogenitales (16.4%) y los de estómago (10.7%). El 45.1% de los encuestados presenta comorbilidad con otras enfermedades como hipertensión, artritis, diabetes, operaciones al corazón y gastritis.

Tabla 3
Características médicas y demográficas de los pacientes de la muestra

| Característica | N | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 86 | 70.5 |
| Masculino | 36 | 29.5 |
| Edad | | |
| 18-40 años | 17 | 14.0 |
| 41-60 años | 55 | 45.0 |
| 61-80 años | 50 | 41.0 |
| Nº de personas con quien vive | | |
| 0 – 1 persona | 26 | 21.3 |
| 2 – 3 personas | 62 | 50.8 |
| 4 – más personas | 34 | 27.9 |
| Diagnóstico | | |
| Mama | 32 | 26.2 |
| Colon y Recto | 22 | 18.0 |
| Urogenitales | 20 | 16.4 |
| Estómago | 13 | 10.7 |
| Pulmón | 8 | 6.6 |
| Linfomas | 6 | 4.9 |
| Cabeza y Cuello | 5 | 4.1 |
| Otros | 16 | 13.1 |
| Tratamiento ^a | | |
| Cirugía | 90 | 73.7 |
| Quimioterapia | 101 | 82.7 |
| Radioterapia | 61 | 50.0 |
| Quimioterapia + Radioterapia | 41 | 33.6 |
| Empleo de: | | |
| Apoyo Psicológico | 21 | 17.2 |
| Medicación Psiquiátrica | 12 | 9.8 |
| Terapias Alternativas | 30 | 24.6 |

^a Estos porcentajes pueden sumar más de 100 puesto que los tratamientos no son mutuamente excluyentes.

Por otra parte el 24.6% de los pacientes de la muestra usa algún tipo de terapia alternativa entre las cuales las más comunes son la bioenergética, la homeopática y productos naturistas como el jugo de noni. Además, el 17.2% de los encuestados ha estado en terapia psicológica, la mayoría de forma individual y el 9.8% dijo que tomaba algún tipo de medicación psiquiátrica. La tabla 3 resume las características demográficas y médicas de la muestra.

Diferencias en las áreas de funcionamiento

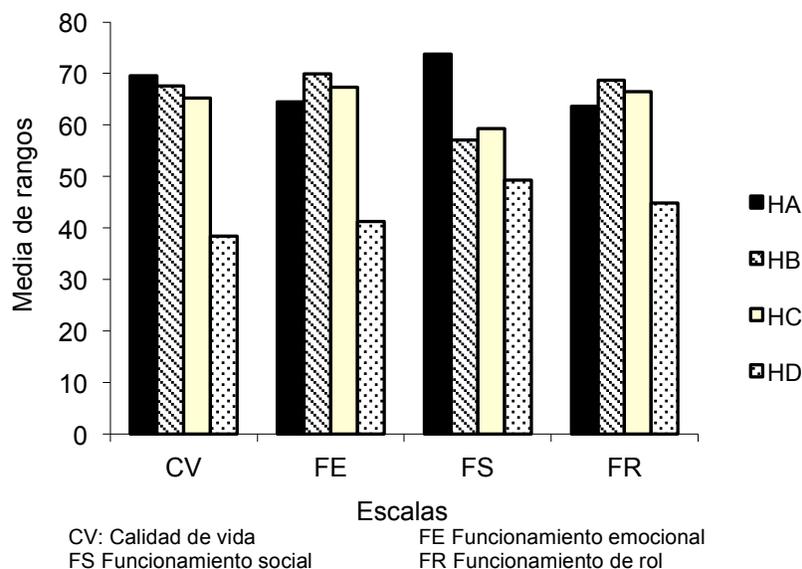
Como nota aclaratoria tenemos que, los puntajes altos en las escalas indican mejor funcionamiento en el área correspondiente. De otra parte, en éste documento, las instituciones hospitalarias se identifican como: HOSPITAL A (HA), HOSPITAL B (HB), HOSPITAL C (HC) y HOSPITAL D (HD).

Se presentaron diferencias entre instituciones hospitalarias en varias escalas, la muestra de pacientes del HOSPITAL D presentó una media de rangos significativamente menor en la escala de calidad de vida ($x^2 = 13.915$; $gl = 3$; $p < .003$), en la escala de funcionamiento emocional ($x^2 = 10.764$; $gl = 3$; $p < .013$), en funcionamiento social ($x^2 = 8.603$; $gl = 3$; $p < .035$), y en funcionamiento de rol ($x^2 = 80131$; $gl = 3$; $p < .043$). Estos resultados aparecen ilustrados en la Figura 1

Analizando los datos disponibles se encontró que los pacientes del HOSPITAL D habían recibido más tratamientos que los pacientes de otros hospitales, es decir, la probabilidad que estos los pacientes de esta institución, para el momento de aplicar la encuesta ya hubiera recibido los tres tratamientos principales contra el cáncer, la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, era mayor que la de los demás pacientes. (media de rangos: HA = 55.04, HB = 53.90, HC = 57.08, HD = 84.38; $x^2 = 15.864$; $gl = 3$; $p < .001$).

Así mismo, se encontraron diferencias significativas para el número de familiares con los que viven los pacientes en las escalas de funcionamiento emocional y social. En la escala de funcionamiento emocional los pacientes que viven con 2 o 3 personas presentaron una media de rangos menor (55.10) que los pacientes que viven solos o con una sola persona (75.46) o con 4 o más familiares (60.70) ($x^2 = 6.289$; $gl = 2$; $P = .043$). En la escala de funcionamiento social se presentaron resultados similares en donde los pacientes que viven con 2 o 3 personas presentaron una media de rangos menor (53.85) que los pacientes que viven solos o con una sola persona (76.48) o con 4 o más familiares (62.23) ($x^2 = 8.071$; $gl = 2$; $P = .018$).

Por otro lado los pacientes del grupo de edad entre los 18 y 40 años presentaron una media de rangos significativamente menor (42.59) que los pacientes de los otros grupos de edad (media de rangos: 41 – 60 años = 62.27, 61 – 80 años = 67.08; $x^2 = 6.455$; $gl = 2$; $P =$



.040). También se encontró que los pacientes que reportan tener otras enfermedades aparte del cáncer, tales como diabetes, problemas gastrointestinales o artritis, presentaban una media de rangos en funcionamiento de rol menor (53.06) que los pacientes que solo tienen cáncer (68.43) ($U = 1378.500$; $P = .012$).

Figura 1: Media de rangos en las diferentes escalas para las instituciones hospitalarias

Finalmente, se encontró que en la escala de funcionamiento emocional los pacientes que recibían apoyo psicológico presentaban una media de rangos significativamente menor (46.31) que los pacientes que no hacían uso de este soporte (64.66) ($U = 741.500$; $p < .026$). Resultados similares se encontraron en esta misma escala entre los pacientes que emplean terapias alternativas (media de rangos = 49.10) y los que no las emplean (media de rangos = 65.54) ($U = 1008.500$; $P = .026$).

Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran en primer lugar, que el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer, CORE 30, tal como fue utilizado aquí, excluyendo la escala de funcionamiento cognitivo, tienen propiedades psicométricas aceptables para ser usado como herramienta de evaluación de calidad de vida, con poblaciones similares a la descrita en el presente estudio. De otra parte, los hallazgos indican que ciertas características de la persona y de los tratamientos están relacionadas con las áreas de funcionamiento más relevantes del paciente, determinarán finalmente la respuesta de adaptación a la enfermedad.

Por un lado se halló que las áreas de funcionamiento emocional y de roles son las que más se relacionan con la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con cáncer y no solamente la presencia de síntomas o el funcionamiento físico (Grau, 2002). La posibilidad de seguir realizando sus actividades habituales y de realizar otras nuevas es bastante importante en la adaptación de los pacientes a la enfermedad, y adquiere mucha mayor importancia cuando el paciente sufre otra enfermedad crónica.

En los pacientes con edades entre los 18 y los 40 años, que trabajan y que viven con 2 o 3 personas, probablemente con pareja e hijos, su funcionamiento emocional y social está muy ligado al impacto que tenga la enfermedad sobre su familia, por lo cual la atención que se ponga en la familia de estos pacientes influirá bastante en su funcionamiento emocional y social, y por tanto en su calidad de vida. Sammarco (2001) con relación a la edad propone que para los adultos jóvenes el cáncer es tal vez la situación más estresante que han tenido que vivir, lo cual explicaría los bajos puntajes en funcionamiento emocional en diferentes estudios de calidad de vida. Así mismo Sammarco (2001) explica que los adultos jóvenes al estar en una edad en la cual trabajan y tienen responsabilidades por miembros de la familia como hijos, el impacto de la enfermedad será mayor sobre sus actividades cotidianas tanto en el trabajo como en la familia, afectando su funcionamiento social y de roles.

Los resultados también indicaron que el empleo de apoyo psicológico o de terapias alternativas es un indicador de bajo funcionamiento emocional, probablemente producido por la falta de información y de participación del paciente en su tratamiento. El uso de terapias alternativas indica que el paciente no ha recibido la suficiente información por parte del personal médico, por lo que exhibe comportamientos de búsqueda de información (Sainio et al, 2001), y el hecho de buscar apoyo psicológico indica que el paciente muestra una gran motivación para participar activamente en su tratamiento (Osse & Vernooij-Dassen, 2002). El empleo de alguno de estos tipos de soporte indica que el paciente requiere mayor atención por parte del personal médico y mayor participación en su tratamiento.

Con relación a los tratamientos, los resultados obtenidos de las medidas no paramétricas y de correlación de Spearman indican que los pacientes que se han sometido a distintos tratamientos, principalmente a cirugía, radioterapia y quimioterapia, tienen mayores probabilidades de tener un bajo funcionamiento emocional, social y de roles, así como de reportar una menor calidad de vida que los pacientes que no se han sometido a todos los tratamientos. Los efectos acumulativos de los tratamientos pueden generar un gran malestar a los pacientes, problemas que afectarán negativamente las áreas de funcionamiento del paciente y por tanto, su calidad de vida (Arakawa, 1997). La fatiga, el dolor, las náuseas y el vómito son los síntomas físicos que más se relacionan con puntajes bajos en las escalas de funcionamiento y con la calidad de vida.

Finalmente, las dificultades financieras de los pacientes en tratamiento contra el cáncer son una de las principales causas por las cuales no se puede lograr percibir una buena

calidad de vida (Restrepo, 1999). Las dificultades financieras afectan principalmente las áreas emocional y social, sugiriendo que los problemas económicos causan alteraciones en la familia del paciente con cáncer, lo que genera otros problemas que repercuten en la adaptación del paciente al cáncer. En el contexto colombiano estos problemas hacen referencia principalmente al costo de algunos tratamientos (lo cual está muy influenciado por la clase de seguridad social que tenga el paciente), a la disminución de ingresos del paciente o de miembros de su familia por pérdida del trabajo, y por la gran cantidad de gastos adicionales que genera el tratamiento como la adquisición de medicamentos para controlar síntomas (Restrepo, 1999).

Referencias

- Allison, P., Locker, D., & Feine, J. (1997). Quality of life: A dynamic construct. *Social Science Medicine*, 45(2), 221-230.
- Arakawa, S. (1997). Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. *Cancer nursing*, 20(5), 342-349.
- Fairclough, D. (1998). Quality of life, cancer investigation, and clinical practice. *Cancer Investigation*, 16(7), 478-484.
- Grau, J. (2002). Calidad de vida y salud: Problemas en su investigación. Alapsa, sección de investigación en detalle. Obtenido noviembre 20, 2002, de [http:// www.alapsa.org/detalle/index.htm](http://www.alapsa.org/detalle/index.htm)
- Isikhan, V., Guner, P., Komurcu, S., Ozet, A., Arpacı, F., & Ozturk, B. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing*, 24(6), 490-495.
- McLanchlan, S., Allenby, A., Matthews, J., Wirth, A., Kissane, D., Bishop, M., et al. (2001). Randomized trial of coordinate psychosocial interventions based on patient self – assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patient with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(21), 4117-4125.
- Molassiotis, A. (1997). A conceptual model of adaptation to illness and quality of life for cancer patients treated with bone marrow transplants. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 572-579.
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buena, C., Caballo, V., & Sierra, C. (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1045-1065), Madrid: Siglo XXI.
- Osse, B., & Vernooij-Dassen, J. (2002). Problems to discuss with patients in palliative treatment. Elsevier, 1592, 1-10.
- Restrepo, M. (1999). Psicooncología y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 106-119.
- Sainio, C., Eriksson, E., & Lauri, S. (2001). Patient participation in decision making about care. *Cancer Nursing*, 24(3), 172-178.
- Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(3), 272-277.

Autores

Carlos Portillo. Psicólogo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: cj_portillo@yahoo.es

Martha Restrepo. Profesora Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: mlrestrepof@unal.edu.co