

QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y COMO SE PERCIBE EN LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS

Elizabeth Rivera Baquero

Diplomado de Psicología Clínica y de la Salud
Facultad de Psicología
Universidad de La Sabana
Chía, Julio de 2008

QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y COMO SE PERCIBE EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Resumen

Dentro de la psicología existe un área específica que se encarga del soporte a los pacientes afectados de cáncer, sus familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad. Además se dedica a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología de ésta enfermedad, incluyendo el mejoramiento de las relaciones con el personal médico. La Psicooncología ayuda al paciente a mejorar su calidad de vida y la de su familia, haciendo que éste se pueda someter a su tratamiento de una manera más tranquila y adecuada. A lo largo de este artículo, se va a hablar un poco más sobre la calidad de vida, así como los cuidados que se deben tener con el paciente oncológico y su familia, entre muchas otras cosas que se van a contar en el mismo.

Palabras clave: Psicooncología, Calidad de vida, Cáncer

Abstract

Within psychology a specific area exists that is in charge of the support to the affected patients of cancer, its relatives and professionals of the health, helping to handle the changes that are generated throughout the disease. In addition it is dedicated to the palliative prevention, diagnosis, evaluation, treatment, rehabilitation, cares and etiology of this one disease, including the improvement of the relations with the medical personnel.

The Psicooncología helps the patient to improve its quality of life and the one of its family, causing that this one can be put under its treatment of one more a calmer and suitable way. Throughout this article, one is going away to speak a little more on the quality of life, s well as the cares that are due to have with the oncologic patient and his family, between many other things that are going away to count in it.

Key Words: Psiconchology, Quality of Life, Cancer

QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y COMO SE PERCIBE EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Introducción

Cuando hablamos de la Psicooncología, nos remitimos a pensar en los cientos de profesionales de la salud, que atienden y se preocupan por el paciente con cáncer, esta enfermedad que tiene a cientos de personas de todo el mundo sufriendo y perdiendo su calidad de vida. Debido al impacto que tiene la enfermedad en las personas, pues muchas de ellas al recibir su diagnóstico piensan que lo más probable es que van a morir rápido, pues, según el autor Alarcón (2006) los pacientes y las familias que se enfrentan a un cáncer, aunque no sean muy conscientes de ello, con frecuencia se sienten atrapados entre una muerte segura y una vida que dependen de la tecnología, los tratamientos y su voluntad para mantenerse.

Al mismo tiempo, se dice que los profesionales de la salud encargados de mantener una calidad de vida del paciente alta como los psicólogos deben hacer todo lo posible para que el paciente se sienta a gusto y tenga una adecuada adherencia al tratamiento, puesto que esa es la mayor intención del profesional.

El cáncer, es una enfermedad que puede afectar no solamente al paciente, como se dijo anteriormente sino también a su familia, y puede también producir efectos físicos, psicológicos, sociales, entre muchas mas, que pueden afectar el diario vivir de la persona en esta condición.

Las consecuencias emocionales que contiene la enfermedad del cáncer son muchas, no solo en la fase diagnóstica, sino en todo el trascurso de la misma, y es de gran importancia para el paciente y su familia que el psicólogo o psicooncólogo esté al tanto del paciente, de sus sentimientos, emociones, limitaciones (como a la hora de dormir), y todos los aspectos que afectan al paciente y no lo dejan seguir con el tratamiento de su enfermedad.

Existen varios factores que ayudan al paciente a llevar su enfermedad de una manera adecuada, uno de ellos es la religión, puesto que, en un estudio realizado en Argentina los investigadores encontraron que se enfatiza la importancia de la religión como parte de las redes de apoyo que se encadenan con la conciliación con el estigma del cáncer, con la expectativa de cura y con las formas de arreglar la vida cotidiana (Aquino, 2007).

Así mismo, como se menciona en el artículo, se mostrará, como el ejercicio físico ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, y en general de las personas con alguna discapacidad y de las que no tiene ninguna, pues el ejercicio físico, ayuda no solamente a estas personas, también a las que no lo necesitan por terapia sino por salud. Es muy importante que las personas realicen ejercicio pues ayuda a cambiar la rutina y además se ha demostrado que el ejercicio hecho de diferentes intensidades cumple una función moduladora sobre diversos sistemas, y su acción sobre la respuesta inmune es de gran importancia (Aguilar, et al 2006). Lo que permite la rápida recuperación del paciente sobre la enfermedad.

La calidad de vida es un concepto que concierne a todos los profesionales de la salud, puesto que afecta a todos los pacientes que estén o no hospitalizados, en general a todas las personas. En específico, el término *calidad* se refiere a “cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad”(Fernández y Hernández, 1993), por esto, es que los pacientes que estén a cargo del personal médico en general, bien sea doctores, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros, deben tener en cuenta el mejoramiento de la calidad de vida de sus clientes, pues se debe respetar la dignidad humana sobre todas las cosas.

Por otro lado, en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo de ausencia de la enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios

o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud (Velarde Jurado y Ávila Figueroa, 2002) así mismo, la salud tiene todo que ver con el concepto que es de gran importancia en el presente artículo, pues la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

La aparición del concepto de calidad de vida y a preocupación por su evaluación científica y sistemática se inició alrededor de la década de los 60, cuando la atención de salud es influenciada por los cambios sociales y nuevos modelos epidemiológicos de salud enfermedad, así se favorece la calidad de vida, es decir, el alivio de síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc., paradigma que cambia el concepto de cuidados de salud y en donde se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos en función del bienestar de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social. (Martínez, 1998 citado por Torres y Sanhueza, 2006)

Según Lugones (2002), el concepto de calidad de vida es relativo, y por tanto, difícil de definir, ya que inciden varios aspectos: la forma de experimentarlo, el propio ambiente que rodea a la persona en un momento determinado, etc. Es decir, todas las personas deben tener en cuenta este concepto, y depende de sus hábitos, gustos y forma de vivir el como sea su calidad de vida y la mejor manera de mejorarla.

Aunque el termino calidad de vida es específicamente un término médico, pues aunque muchas personas lo utilicen en su diario vivir es un término médico y es determinante para indicar un adecuado tratamiento. Aunque la calidad de vida tiene gran relación con el bienestar de la persona, también tiene que ver con los aspectos económicos, sociales, etc. Es decir, la calidad de vida no corresponde solamente a aspectos relacionados con la salud, pues, detrás de él hay muchas variables que influyen en éste. Así mismo, se refiere a cualidades y criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de

valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad. (Lugones, 2002)

Así como la calidad de vida tiene varios aspectos, como los anteriormente mencionados, también depende de la cultura de cada individuo, pues según su creencia va a pensar en una calidad de vida “diferente”, es decir, va a dar la mayor importancia a una cosa que a otra, por ejemplo, para algunos es más importante tener salir con su familia un fin de semana de paseo y para otros es indispensable ir a rezar el domingo, por lo que no salen con su familia, o simplemente hacen que su familia no vaya al paseo para ir todos a la iglesia.

Así pues, el ser humano interpreta su estado anímico desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias que hay que enmarcarlos en contextos y tiempos determinados, por lo que desde esta perspectiva no se puede generalizar el concepto de calidad de vida, ya que este va a responder al significado cultural de cada individuo, va a depender de sus creencias personales y sociales.

Tres autores Max Neef, Elizalde y Hopenhayn (1985), citado por Trujillo et al. (2003) afirman que en la zona de sur América, la concepción que se tiene acerca de la calidad de vida es diferente a la que se tiene en el otro lugar del mundo, pues sostienen que es una relación dinámica entre las necesidades con sus satisfactores y con los bienes económicos. Ellos entienden dichas necesidades como potencialidades humanas individuales y colectivas, que son finitas, múltiples e inter-dependientes y pueden satisfacerse a niveles diferentes y con distinta intensidad en relación con uno mismo, con el grupo social y con el medio ambiente. Estos autores organizan los satisfactores (que son formas de ser, estar, tener, y hacer, individual y colectivamente para realizar o actualizar las necesidades) y los bienes económicos (en los que se materializan los satisfactores y que afectan su eficiencia. Y concluyen afirmando que la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales. Se dice que estas necesidades dependen e el estilo de cada persona para saber cuales son y poder ayudar a cubrirlas, esto se puede hacer por medio de la propuesta de Kasdorf (1999),que

formula el funcionamiento del CASIC, compuesto por la forma de pensar (C de Cognoscitivo), de sentir (A de Afectivo), lo somático (S), de relacionarse (I de Interpersonal) y la manera de comportarse (C de conducta); este planteamiento se realiza en conjunto con el paciente para conocer su estilo y conocer un poco más sobre el/ella para poder llevar a cabo una intervención más fortalecida y con buenos resultados.

Por otra parte, cuando se habla sobre la psicología en el área clínica, lo primero que piensan las personas es que son los que están con los pacientes, los que los ayudan para tener una mejor “experiencia” en su estadía por el hospital o durante su tratamiento no se sientan tan solos y tengan una ayuda a lo largo de su tratamiento, cirugía, etc. Cuando hablamos de los pacientes con cáncer, necesariamente tenemos que hablar del área de la psicología que involucra el contacto con éstos pacientes, en donde además de acompañarlos va más allá de la enfermedad, pues dependiendo del tipo de paciente, del tipo de cáncer y estadio en el que se encuentre, se va a evaluar y a intervenir de diferentes maneras.

La psicooncología es una especialidad de la psicología que “ofrece soporte a los pacientes afectados de cáncer, a los familiares y profesionales de la salud, ayudando a manejar los cambios que se generan a lo largo de la enfermedad” (Malca, 2005), así mismo este profesional de la salud se dedica a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. Además del manejo del paciente sus familiares, la psicooncología sirve para mejorar las competencias comunicativas de interacción del personal médico. Al mismo tiempo Cruzado (2003) considera la psicooncología como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. Por otra parte, Rojas-May (2006) considera que la psicooncología, psicología oncológica u Oncología Psicosocial es una especialidad “bisagra” de la oncología, la psiquiatría y la psicología, que entiende al cáncer como una enfermedad, tanto en su génesis

como en su tratamiento y evolución. Podríamos decir entonces que la psicooncología es una disciplina en la que los profesionales de la salud bien sea médico psiquiatra, oncólogo o psicólogo se especializan para intervenir en pacientes con esta condición y lo acompañan durante el tratamiento y evolución de su enfermedad.

El profesional de la salud que debe estar más unido con el paciente oncológico debería ser el psicooncólogo, pues así como es psicólogo de profesión, tiene una especialización en el área de la oncología lo que lleva a este profesional a tener mayores facultades para desarrollar su labor, no solo con el paciente, sino con la familia y el personal médico, como se mencionó anteriormente. La intervención del psicooncólogo comprende básicamente tres fases: la prevención, intervención terapéutica y rehabilitación y cuidados paliativos (Malca, 2005), en donde la función del especialista va a cambiar dependiendo de donde va a estar, y el afán y condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida van a cambiar y a ser diferentes dependiendo de la fase en la que se encuentra el paciente, y va a depender también por el tipo de cáncer que padezca, pues es diferente a plantear una intervención en una fase avanzada del tratamiento oncológico a una fase intermedia, en donde los problemas que se van a manejar van a ser diferentes o algunos van a ser más importantes que otros, es decir, van a ser de mayor importancia para la paciente, como lo es la imagen corporal, posibles disfunciones sexuales, fobia a los instrumentos o aparatos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Cuando nos referimos al profesional de psicología en el área de oncología, hablamos de la excelencia profesional, en donde éste, debe manejar tres variables esenciales, que Barbero (2000), los denomina el trípode de la excelencia y son: los aspectos clínicos, normalmente basados en la investigación y en las guías y en la buena praxis; la comunicación con pacientes y familiares, siempre en clave terapéutica y, por último, el análisis moral, suficientemente bien fundamentado en criterios racionales y con metodología analítica y deliberativa sólidamente contrastada.

Al mismo tiempo Novoa y Ballesteros (2006) explican que la labor del psicólogo se divide en tres aspectos fundamentales: Atención a pacientes que

ingresan en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), atención a familiares y acompañantes del paciente y trabajo con personal de salud. Estos aspectos, están relacionados con los objetivos de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Pero no solamente cabe mencionar la intervención del psicooncólogo en fases avanzadas de la enfermedad, también se puede decir que en la fase del diagnóstico es de gran importancia la ayuda de este profesional para que no haya dificultad para la adhesión del tratamiento, que aunque no es fácil, cambia la percepción de un tratamiento dependiendo de cada persona, pues sus creencias y pensamientos son diferentes en cada persona. El diagnóstico del cáncer es una experiencia traumática, y pueden resultar síntomas de estrés post-traumático (Levine, Eckhardt y Targ, 2005) lo que nos lleva a recalcar una vez mas que la atención de salud y la persona que debe dar el diagnóstico debe ser la persona responsable de la salud del paciente, y así, debe estar capacitada para dar malas noticias.

Existen factores que afectan al paciente, como la despersonalización por parte del personal de salud, puesto que son aspectos negativos y afectan al cliente, hay un cierto rechazo a la toma de decisiones e la solución de los problemas, y la hostilidad hacia pacientes y compañeros (Novoa et al., 2006).

Así mismo, cabe mencionar que la enfermedad del cáncer es una enfermedad grave y compleja, con una evolución y pronóstico inciertos, que produce un gran impacto no solo físico sino también psicológico y social en la persona que lo padece, en su entorno familiar y social y en los profesionales que le atienden (Grupo Madrileño de Psicooncología, 2000). Por esto, se debe tener un cuidado especial con estos pacientes, pues se deben tratar con cuidados especiales y una intervención apropiada. El impacto que tiene esta enfermedad en los familiares del paciente es muy grande, pues predominan sentimientos de incurabilidad y muerte a breve plazo (Helmut, 1999), en donde el profesional tiene una gran tarea, pues no solamente debe intervenir en el paciente, sino también en su familia.

Una enfermedad oncológica, no solamente afecta al paciente involucrado, sino que también repercute, en mayor o menor medida, en sus familiares y seres queridos. Según Weitzner (1999) citado por Soto, Planes y Gras (2003) la familia cuidadora experimenta un aumento de la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática, una restricción de roles y actividades, un incremento de la tensión en la relación marital y una disminución de la salud física. Por lo anterior se puede decir que la enfermedad es una tensión que comparte el paciente y su familia. Es posible que si las alteraciones emocionales son lo suficientemente importantes interfieran en el proceso de cambio positivo e incluso originen cambios negativos, como el consumo de alcohol, tabaco, etc., que en algunos casos suelen deberse a estrategias erróneas de afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Según Vicaccia et al. (2005), la gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Pues muchas veces las actitudes de los pacientes van a depender de la actitud de los familiares para enfrentarse a un tratamiento. El mismo autor, dice que la percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física; algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida con un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. Puesto que la calidad de vida no se puede definir, y se sabe que cada situación presenta inquietudes únicas, es importante ahondar en el amplio campo que cubre este concepto para ofrecer mejores oportunidades al paciente crónico.

Schwartzmann (2003) nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación, que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social.

Por otra parte, Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y

satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Según esta definición, Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (2005), proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social. Cuando se habla de estatus funcional, hablamos de la gama de actividades que puede realizar una persona, que incluye tres categorías: autocuidado, movilidad y actividad física. (Vinaccia, 2005) se debe tener en cuenta para el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes, bien sean crónico o en otras condiciones las características anteriores.

En general, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Ésta, incluye aspectos vitales, tales como físicos, fisiológicos y psicosociales (emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima) (Hernandez, 2004). Pues cada paciente tiene una perspectiva diferente sobre su calidad de vida y sus características. Así mismo, se debe tener en cuenta que el hombre es un ser social ante todo, que necesita de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse, alcanzar una adecuada autoestima e interdependencia y desempeñar diferentes roles dentro de la sociedad. Por otro lado, existe una correlación entre lo espiritual, la calidad de vida y el ajuste psicológico del paciente (Cotton et al., 1999) lo que nos lleva a pensar que una gran ayuda para el paciente con cáncer es acogerse a una vida espiritual, a una tranquilidad personal y tener fe en algo o alguien, sin importar la religión, siempre y cuando esta creencia no aleje al paciente de su tratamiento y lo ayude a adherirse al mismo va a ser bueno para él y su familia.

Según Lugo, García y Gómez (2002), la calidad de vida se refiere a lo que hace que una vida sea mejor, a partir de las teorías hedonistas, de satisfacción de preferencias y de los ideales de una buena vida; y la calidad de vida relacionada con salud, se define como el componente de la calidad de vida en general que se debe a las condiciones de atención en la salud de las personas y que se refiere a

partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre la salud global. En un sentido más restrictivo, la calidad de vida significa la posesión de cosas materiales (Parfit, 1998), y en otro, se habla de la calidad de vida como “una buena vida”, en donde se habla de dos teorías que la sustentan: la hedonista, la de satisfacción de los deseos teniendo en cuenta que lo mejor para la persona es lo que pueda obtener, por último, la teoría sostiene que para una buena se deben realizar ideales específicos, explícitamente normativos como por ejemplo la autodeterminación o la autonomía. (Lugo, García y Gómez, 2002)

La calidad de vida en salud, representa un intento por cuantificar las consecuencias netas de una enfermedad y de sus tratamientos sobre la percepción que tienen los pacientes de su capacidad para tener una vida útil y desarrollar sus potencialidades. Su medición es subjetiva en dos sentidos: el primero es que muchas de las dimensiones que se asocian a ella no se pueden medir de manera física directa; y el segundo, es que está relacionada tanto con la visión que tiene el paciente de la importancia de su disfunción como las que tiene de su existencia. (Schipper, Clinch y Olweny, 1990)

Según Velarde y Ávila (2002), la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente, y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. Por lo cual, se deben tener en cuenta los diferentes factores que influyen en cada persona y en su familia, para mejorarla y así organizar de la mejor manera la intervención a realizar con el paciente, puesto que así como se ha venido mencionando, se trabaja con el paciente y su familia, para mejorar la calidad de vida de las dos partes y surja un efecto positivo en su recuperación.

Uno de los aspectos que se asocian a la calidad de vida en pacientes con cáncer que se ve afectado es el sueño en los pacientes, puesto que según Furlani y Ceolim (2006) las perturbaciones más frecuentes se dan por la necesidad de levantarse al baño, por levantarse temprano y en el caso del paciente hospitalizados, por el cuidado de las enfermeras, pues entran frecuentemente a revisar el estado del mismo. Según el autor referenciado, se espera que los

cuidados de enfermería incluya la evaluación de la calidad del sueño, pues es un factor indispensable para el mejoramiento de la calidad de vida.

Cuando hablamos del concepto y evaluación de calidad de vida en pacientes, necesariamente se debe pensar en el cuidador primario, pues varias veces se ve más afectado por la enfermedad de su familiar que por lo que realmente está pasando, Según Cortés, Abián y Cortés, (1998) los resultados en su estudio indican que la ansiedad del familiar es significativamente superior a la del paciente. Se puede decir también que en el caso del cuidador principal, el tener una adecuada visión de su familia y de su estructura familiar aumenta su satisfacción general (Hann et al., 2002), además se piensa también que los pacientes con parejas estables y casados los protege de tener altos niveles de depresión y ansiedad.

Existen factores cruciales que son críticos e integran en la calidad de vida y el desarrollo humano, tales como el bienestar subjetivo, la participación en la vida familiar o en la comunidad, la posibilidad de gozar de una vida autogestionada, larga y sana, las relaciones intergeneracionales entre otros aspectos, pueden convertirse en puntos de referencia para la formulación de políticas adecuadas en la promoción del mejoramiento de la calidad de la vida desde una perspectiva integral. (Salazar et al., 2005)

En la terapia con pacientes con cáncer y al evaluar su calidad de vida una de los aspectos importantes a preguntar son los efectos de la enfermedad y/o terapia que ellos han querido evitar (Osoba et al., 2005). Cuando los pacientes se enfrentan a un tratamiento, puede producir efectos negativos en su calidad de vida, por lo que es de gran importancia preguntar y hacer referencia a sus inconvenientes con respecto al tratamiento, es decir, cuales son las cosas (con respecto al tratamiento) que le han afectado su vida diaria y al mismo tiempo su calidad de vida. Además al buscar la adherencia al tratamiento se pueden encontrar aspectos como la experiencia de sufrimiento, que según Barbero (2000), se habla en la mayoría de los casos de cáncer, y se puede manifestar con diversas intensidades, dependerá también de la historia particular de cada uno de su red de relaciones, del grado de afectación, de la clínica intercurrente, de la frustración de

distintas expectativas, etc., pero al mismo tiempo, el sufrimiento se convierte en el compañero de viaje irremediable del enfermo de cáncer y su familia.

Cuando se habla de la compañía que deben tener los pacientes de sus familiares y amigos durante el tratamiento, se habla de cómo esta compañía va a mejorar su calidad de vida. Se puede decir que en el ejemplo específico de las pacientes con cáncer de mama con un alto grado de compañía y soporte social van a tener posibles pensamientos intrusivos sobre el cáncer pero éstos no van a intervenir en su calidad de vida; por otro lado, las pacientes que tiene poco apoyo social van a tener una relación directamente afectada entre los pensamientos intrusivos de la enfermedad y su calidad de vida (Lewis et al., 2001). En el caso de los niños con cáncer, tienen cosas en común pues, la mayoría de los acompañantes durante el tratamiento son sus madres y al mismo tiempo la angustia de ellas en el transcurso del mismo, así mismo, se ve una tristeza común entre ellos parece ser la transmitida por sus madres, la diferencia de estos niño, radica en su crianza (Pedroza, Monteiro, Lins, Pedroza y Melo, 2007). Cada paciente, dependiendo del tipo de cáncer va a ser diferente su intervención, como se ha mencionado anteriormente, es por esto, que se ponen como ejemplo estos dos tipos de cáncer, de mama y los de tipo pediátrico.

Si hablamos sobre las discapacidades que pueden sufrir algunos pacientes oncológicos, debemos saber como se puede mejorar su calidad de vida. Según Hernández (2004) se debe hacer mediante su integración en todos los niveles, en procesos de reflexión y toma de decisiones, a nivel político, social, económico, de planeación (urbanística, arquitectónica, de diseño industrial) y recreativo, favoreciendo la participación y el acceso de animales adiestrados para ayudar en actividades específicas, en algunos casos los perros de asistencia pueden ser útiles, desmitificando la incapacidad y eliminando el sensacionalismo y las exageraciones. Este tipo de actividades se realizan con ayuda de profesionales de la salud y personas capacitadas para la rehabilitación y mejoramiento de pacientes que tienen alguna necesidad específica, además va a permitir una evolución del paciente, de su independencia, hacia una participación activa en el tratamiento y va a fomentar un aumento de su autonomía y productividad.

Todo lo anterior, lleva a pensar en los profesionales de la salud, puesto deben llegar a la humanización de la misma, que según Fialka, Crevenna, Korpan, Quittan (2003) significa hacer referencia al hombre como un todo, que se realiza mediante el fomento y la protección de la salud, el cuidado de la enfermedad y la promoción de los ambientes que favorezcan la vida sana y armónica en el ámbito físico, emocional, social y espiritual. Siendo más humanos, los pacientes van a ser mejores, van a tener una mayor adherencia al tratamiento, que es el objetivo principal del tratamiento psicológico y por supuesto, va a tener una mejor calidad de vida. Al mismo tiempo, según Dijkers, (1997) consideran que el paciente se va acomodando y adaptando al ambiente que le rodean y forma parte de su vida cotidiana (amigos, familia, hospital/consulta, trabajo, etc.) y viceversa (también los entornos próximos deberán transformarse en función de las nuevas circunstancias personales del sujeto cuando esté enferma). A medida que el tiempo va pasando en el transcurso de la enfermedad y tratamiento, el paciente debe adaptarse a su condición y hacer que su enfermedad sea llevadera y no afecte su vida diaria. Debido a que, la práctica médica tiene como meta el preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002), es de gran importancia la manera en que los profesionales de la salud estén comprometidos con su labor y con la idea de ayudar a la persona que tiene alguna discapacidad o en este caso esté enferma de cáncer.

Existen ciertas cosas que el profesional de la salud debe tener en cuenta al momento de realizar una intervención, puesto que existen factores que afectan su respuesta al proceso oncológico, como las atribuciones causales al cáncer, el rol de la familia en el cuidado del paciente, el proceso de transmisión de la información médica, las actitudes ante el dolor, y las actitudes ante la muerte y los rituales del duelo (Die Trill, 2000). Puesto que son factores que se deben evaluar para conocer un poco más acerca de las creencias del paciente y la manera de afrontar sus problemas, para realizar una intervención acorde para el/ella.

Se debe recordar pues, que la enfermedad del cáncer, tiene consecuencias de tipo psicológicas más o menos identificadas, de aquí la psicooncología, que no solo es posibilidad de tratamiento de apoyo en casos determinados, sino un área

del conocimiento que interviene en todo proceso asistencial, contribuyendo al diseño de los mismos e integrándose de forma decisiva en la toma de decisiones desde el primer momento asistencial. (Lozano Suárez y Saiz Ruiz, 2003; citado por Gonzales, 2000) es bien sabido que cada profesional de la salud tiene una labor específica, pues el médico se encarga del tumor, la enfermera del medicamento, el psicólogo de hacer que el paciente sienta mejoría y afronte su condición. Al mismo tiempo existe una interacción entre dolor y sufrimiento, que el psicooncólogo debe tener en cuenta, pues ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente, esta interacción, se puede explicar mejor desde el concepto de circularidad psicósomática (Barbero, 2000), en donde el dolor físico genera malestar psíquico y el malestar psíquico favorece la sensación de dolor. Es ésta la tarea del profesional de la salud, pues se debe atender a la persona y realizar un cambio en su mente para generar una mejoría física.

Otro hallazgo importante del estudio realizado por Northouse y sus colaboradores (2004), fue que los pacientes que participan de una intervención acompañados de su familia reportan un significativo mejoramiento en su enfermedad, y su cuidador primario reportó un menor negativismo en cuanto al tratamiento. Es decir, cuando se someten a tratamiento y tienen el apoyo y acompañamiento de su familia es mucho menos aversivo el tratamiento y las personas afectadas van a ser más recursivas y van a tener más herramientas para salir adelante durante el mismo.

Según Wagner et al. (2005) el diagnóstico de una enfermedad que el paciente debe tratar durante el resto de su vida, como el cáncer, interrumpe no solo la vida del paciente sino también la vida de los parientes más cercanos a él. Así como al paciente le ayuda el estar acompañada de su familia, hay que tener en cuenta cuales son las implicaciones de la enfermedad para la misma, pues como se ha venido diciendo cada caso es diferente y se debe intervenir como único. Cuando se habla de pacientes con cáncer, se debe enfatizar la diferencia entre el paciente crónico y el de etapa avanzada, en que se plantea el cuidado paliativo, la sobrevivida esperada es de 6 meses o menos, entonces la atención brindada al paciente y su familia en estos casos es absolutamente distinta y tiene como objetivo el bienestar del cliente (Rodríguez, Cádiz, Farías y Palma, 2005)

Así mismo, cuando hablamos de calidad de vida, y siguiendo la definición de Felce y Perry (2000), citados por Bulacio (2004), dicen que es la calidad de las condiciones objetivas de vida de una persona; la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que está experimenta. Por lo anterior, al momento de realizar una medición y valoración de la calidad de vida está regida por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto donde se desenvuelve el grupo al que se va a realizar la valoración. Por esto, se deben diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, para poder diferenciar y entender las variaciones entre unos y otros miembros del grupo de estudio.

Es pertinente hablar sobre hechos importantes como, la novedad, puesto que una situación nueva, es capaz de provocar amenaza si algún aspecto de ella se ha relacionado alguna vez con el daño; el segundo la predictibilidad de un acontecimiento que ha sido estudiada, pero los hallazgos no han sido adecuados para explicar el estrés psicológico de los seres humanos, en parte porque no considera las diferencias individuales en la evaluación y el afrontamiento (Triviño y Zanhuesa, 2005). En la vida real, parece ser que la incertidumbre máxima suele ser estresante pues, puede tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y puede provocar también confusión mental. Es pertinente mencionar lo anterior, pues en la enfermedad de la que se ha venido hablando, el cáncer, al ser una enfermedad crónica, y al haber tantos mitos, creencias y experiencias vividas por parte de amigos, familiares, etc., se crean miedos por medio de los cuales hace que la mente trabaje de tal manera que sus estrategias de afrontamiento sobre la enfermedad no sean las adecuadas por lo que la novedad es diferente para cada individuo y la predictibilidad va a variar dependiendo de las condiciones de la persona que esté en esta situación (Novoa,2004).

Estudios indican que las emociones que principalmente aparecen en el cáncer son el miedo, la tristeza y la ira, que son fundamentalmente adaptativas y crean un acceso de los pacientes a terapia y pueden llegar a un gran entendimiento

de él mismo y de los demás (Greenberg et al., 1993; Greenberg and Foerster, 1996; Greenberg and Webster, 1982; Koch, 1983 citado por Lieberman y Goldstein, 2005). Al hablar sobre la calidad de vida, es importante tener en cuenta las emociones y actitudes de la persona al momento de conocer su diagnóstico, pues es en ese momento en que se puede realizar una mejor comprensión sobre las estrategias del paciente para enfrentar las situaciones. Además de conocer que tipo de cáncer es, puesto que es diferente hablar de un cáncer de mama, de una mujer joven de 23 años, y una mujer que tiene 56 años con una familia conformada, puesto que sus sueños y metas en la vida son distintos para cada persona. Según Shapiro et al. (2002) el cáncer de mama tiene que ver con la imagen corporal de la mujer, de cómo se ven ellas mismas. Además el tratamiento con la quimioterapia o terapia hormonal, afectan también la imagen personal, la fertilidad, y la libido. Factores que perjudican las relaciones interpersonales y pueden ocasionar problemas psicológicos.

Un estudio en el que se conoció la experiencia de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en el que se concluye que la calidad de vida de estas mujeres tiene un alto grado de disminución después del tratamiento y años después de haberse recuperado y así, hay una magnitud similar que está asociado a otros problemas de la salud (Vacek, Winstead-Fry, Secker-Walker, Hooper y Plante, 2002). Así mismo, se dice que la interacción entre el estrés y el cáncer de mama ha tenido grandes incrementos en cuanto a la percepción sobre el tratamiento, e incluye la parte emocional, cognitiva, física, intelectual y factores socio-culturales (Spencer et al., 1999 citado por Lo Castro y Schelebusch, 2006), lo que nos lleva a afirmar que el estrés en una situación como el enfrentamiento a una terapia en mujeres con cáncer de mama afecta su calidad de vida al atormentar y desequilibrar su vida, pues según Lo Castro (2006) el cáncer de mama envuelve complejas respuestas físicas, psicológicas y ambientales de un individuo de cierto grupo social, con cierto nivel de su enfermedad, edad y estado civil.

Al mismo tiempo, un estudio indica que un cáncer específico junto con la auto eficacia está relacionado con un humor positivo y una calidad de vida alta en los pacientes (Beckham, 1997, Merluzzi, 1997 citado por Manne et al., 2006) lo que afirma una vez mas que cuando las personas son eficaces, tienen mejores

resultados en el tratamiento de su enfermedad y así mismo su familia se va a ver beneficiada por los resultados y por la actitud de la persona que sufre de cáncer y que no se deja derrotar a pesar de su condición y su tratamiento.

Por otra parte, no solamente la actitud del paciente es importante para el mejoramiento de su calidad de vida durante el tratamiento de la enfermedad, además de esto, Kershaw et al (2002) plantean la importancia de la terapia familiar, pues según el, son los más efectivos a la hora de incrementar la calidad de vida del paciente con una enfermedad avanzada.

Algunos pacientes con cáncer afirman que la calidad de vida tiene un significado muy emocional, pues dicen que es la habilidad de vivir día a día y comprometerse con el tratamiento, en pocas palabras es definida como una vida normal, además se presentan tres metas a las cuales los implicados se adhieren que son: la habilidad para controlar su enfermedad, el crecimiento personal, y la esperanza (Luoma y Blomqvist, 2004) puesto que la esperanza debe tenerla todo ser humano que padezca una enfermedad como el éstas. Debido a que el cáncer sea una enfermedad devastadora según Bonilla, Montanez, y Quiroz (2003) esta enfermedad tiene síntomas devastadores y son los cuidados paliativos oportunos los que pueden ofrecer una mejor calidad de vida al paciente por lo que es indispensable crear unidades de cuidados paliativos óptimas, en donde los enfermos puedan llevar sus últimos días con una calidad de vida alta, puesto que se debe recordar que en cuidados paliativos el tratamiento que se le da al paciente no es curativo, es mas bien el alivio del dolor y mejoramiento de su calidad de vida.

Por otra parte, Moser et al. (2003) proponen una teoría sobre como mejorar la calidad de vida muy interesante, pues hablan sobre el ejercicio físico y como ayuda éste al mejoramiento de la misma, hablan sobre la independencia funcional, pues puede influir en la dimensión psicológica haciendo que la persona cambie positivamente su humor, como lo es el auto- concepto, la autoestima, seguridad, autoimagen, valor personal y aceptación personal se mejoraron después de realizar ejercicios regularmente. Es interesante conocer otros métodos por medio de los cuales se puede incrementar la calidad de vida de los pacientes, así mismo que el hacer deporte es un método que no representa un gasto económico mayor, y el

paciente puede realizarlo en cualquier lugar, no necesariamente en el hospital o con el doctor.

Forero (2001), plantea que los pacientes que están deprimidos o ansiosos consideran de peor manera su calidad de vida. En donde podemos plantear que al tener una diversidad de actividades y está distraído en cosas diferentes a su tratamiento y por momentos sus pensamientos van a ser diferentes al tratamiento y va a ser un distractor para el mismo, en donde su calidad de vida va a mejorar y su familia va a estar mejor. Cuando hablamos del paciente oncológico, se puede relacionar con los múltiples factores extrínsecos, como es estilo de vida, cambios en el entorno, entre otros, éstos son factores que hacen que el cáncer tenga una importante variación local, que refleja en el curso de la enfermedad, en la diversidad de la respuesta a las diferentes intervenciones (Enciso, 2006). Como se ha mencionado, los pacientes se deben tratar como únicos, puesto que cada uno tiene un estilo de vida totalmente diferente al de la otra persona, así como sus hábitos alimenticios, o su vivienda esta ubicada en la zona rural no urbana. Cuando se interviene con una persona para mejorar su calidad de vida, se debe indagar sobre su vida diaria, sus hábitos, como son las relaciones familiares, las actividades que realiza, entre muchos más, que nos va a dar una idea más amplia sobre como ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente, bien sea que esté hospitalizado o en domicilio. Así mismo, el término de calidad de vida se ha venido incrementado en los estudios clínicos junto a la eficacia y el aseguramiento del tratamiento, de una adherencia del mismo (Nucci, 2003).

Conclusiones

En el desarrollo de este artículo, y en la revisión teórica que se realizó, se encontraron varios artículos de gran importancia para la investigación, puesto que se pudo desarrollar el tema según lo planeado desde el comienzo de su realización.

Es importante saber que cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico, en este caso el paciente con cáncer, se hace alusión a la valoración global del paciente frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. En la que se incluyen también los aspectos emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima, entre muchos otros.

Al mismo tiempo, se puede decir que es interesante conocer otros métodos por medio de los cuales se puede incrementar la calidad de vida de los pacientes, así mismo que el hacer deporte es un método que no representa un gasto económico mayor, y el paciente puede realizarlo en cualquier lugar, no necesariamente en el hospital o con el doctor, y que tiene un beneficio muy grande en cuanto a la salud y el incremento de las defensas o sistema inmune.

Se puede concluir también que la calidad de vida es un constructo histórico y cultural de valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad (Bulacio, 2004). Lo que nos da a entender que depende mucho de la época y comunidad en la que se encuentre para ver cual es la calidad de vida de cada persona y poder evaluarla y decidir como es en cada persona.

Así mismo, es importante que los pacientes tengan una red de apoyo, puesto que esto les va a permitir tener una mayor adherencia al tratamiento, sentirse acompañados y apoyados bien sea por su familia o amigos, lo importante es que el paciente se sienta tranquilo y siga adelante con su enfermedad, puesto que hay una gran diferencia entre los pacientes que tienen red de apoyo y los que no, en cuanto a su recuperación y la manera con la cual afronta su situación.

El sueño es uno de los factores que se ven afectados en el curso del tratamiento del cáncer, y que por supuesto afectan directamente la calidad de vida del mismo, pues el descanso es un factor esencial en la recuperación del paciente. Es cierto que si el paciente está hospitalizado es más complicado el descanso, puesto que en la noche se ve afectado el sueño por la entrada de las enfermeras y en algunos casos el dolor no los deja dormir tranquilos.

Debido a que la enfermedad del cáncer es una enfermedad grave y compleja, con una evolución y pronóstico inciertos, tiene un gran impacto en la persona que lo padece ya sea físico, psicológico y social así mismo, afecta su entorno familiar y social. Por lo anterior, es importante que los profesionales de la salud, psicólogos y psicooncólogos tengan presente a los pacientes, que los ayuden y acompañen a lo largo de su tratamiento y realicen una intervención teniendo en cuenta el rol y el poder que tiene de ayudar y poder comunicarse con las personas para que su intervención sea lo mejor llevadera posible.

La calidad de vida en los pacientes oncológicos va a depender según su percepción del concepto de calidad de vida que tengan, pues no es igual para todos, aunque tiene obviamente cosas en común. Así mismo, se puede decir que va a depender la vida diaria de los sujetos en el momento de una evaluación con respecto a la calidad de vida, pues es muy diferente evaluar calidad de vida en pacientes que viven en un área rural a una urbana, en el caso de Colombia, ahora, va a ser muy diferente evaluar a un paciente del mismo país con uno de Europa, Asia, o cualquier otro continente, pues las condiciones de vida van a variar, y así las preferencias y las cosas importantes en la vida no van a ser las mismas.

Referencias

- Aguilar, C., Zuluaga, N., Patiño, P., y Caraballo, D. (2006). Ejercicio y sistema inmune. *Revista Latreai*, 19 (2), 189-198.
- Alarcón, A. (Eds.). (2006). *Manual de Psico-oncología*. Bogotá: Clínica de Marly.
- Aquino, V., y Zago, M., (2007). The Meaning of Religious Beliefs for a Group of Cancer Patients During Rehabilitation. *Revista latinoamericana de enfermedades*, 15 (1), 42-47.
- Barbero, J., (2000) Hechos y Valores en Psicooncología. *Psicooncología*, 1, 21-37.
- Bonilla, P., Montanez, A., y Quiroz, C., (2003) Manejo de Síntomas en el Paciente Oncológico en una unidad de Cuidados Intensivos, *Revista venezolana de anestesiología*, 8 (1), 43-46.
- Bulacio, J., Vieyra, M., Daneri, C., Benatuil, D., y Mongiello, E., (2004). Índice de Calidad de Vida: Validación en una muestra Argentina, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 1(4), 156-168.
- Cortés-Funes, F., Abián, L., y Cortés-Funes, H. (2004). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 1, 83-92.
- Cotton, S., Levine, E., Fitzpatrick, C., Dold, K., y Targ, E. (1999) Exploring the Relationships Among Spiritual Well-being, Quality of Life, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.

- Cruzado, J. (2003). La Formación en Psicooncología, *Psicooncología*, 1, 9-19.
- Die Trill, M., (2000) Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer, *Psicooncología*, 1, 39-48.
- Dijkers M. (1997) Quality of life after spinal cord injury: A meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*; 35, 829-840..
- Enciso, L., Rodríguez, M., García, J., Rosales, J., Duque, J., Abello, V., Grajales, M., Gómez, M., Sossa, C., Casas, C., Combariza, F., Quintero, G., Cardona, A., Daza, M., Camacho, A., y Herrera, M., (2006). Consenso Colombiano sobre el Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica aguda en Adultos. *Revista Colombiana de Cancerología*; 10(1), 7-35.
- Fernández López, J., y Hernández-Mejía, R. (1993) Calidad de vida, algo más que una etiqueta de moda. Recuperado de <http://www.siicsalud.com/dato/dat030/02o07001.htm#tit> , 101, 576-578.
- Fialka V., Crevenna, R., Korpan, M., y Quittan, M., (2003) Cancer rehabilitation, particularly with aspects on physical impairments. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892240> 35, 153-162.
- Forero, M., (2001) Depresión, Ansiedad, Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos, *Oncología* 24 (10) (492-498) Bogotá-Colombia
- Furlani, R., y Ceolim, M., (2006) Sleep Quality of Women With Gynecological and Breast Cancer, *Revista Latinoamericana de enfermería*, 14 (6), 872-878.
- Grupo Madrileño de Psicooncología, (2000). Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología*. 1, 157-160.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., y Flynn, T., et al. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. Recuperado de

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=13674001>, 52 (5), (279-83)

Helmut K (1999), Calidad de vida en Oncología, *Boletín Academia Nacional Médica de Buenos Aires*, 7 (2), 359-370.

Hernández, A., (2004). Las personas con discapacidad, su calidad de vida y la de su entorno, *Aquichan*, 4, 95-132.

Kasdorf, H. (1999). Calidad de vida en Oncología/Quality of life in Onchology. *Boletín Nacional medico de Buenos Aires*, 77(2), 359-370.

Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, CH., Schafenacker, A., y Mood, D., (2002) Coping Strategies and Quality of Life in Women With Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers, Brunner Routledge, Taylor & Francis Health science, *Psychology and Health*, 19 (2), 139-155.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. (Edición original en inglés, 1984).

Levine, E., Eckhardt, J., y Targ, E. (2005) Change Post-Traumatic Stress Symptom Following Psychosocial Treatment for Breast Cancer, *Psychooncology*, 14, 618-635.

Lewis, J., Manne, S., DuHammel, K., Vickburg, S., Bovbjerg, D., Currie, V., Winkel G., y Redd, W. (2001) Social support, Intrusive thoughts, and Quality of Life in breast cancer survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24 (3), 231-245

Lieberman, M., y Benjamin, A., (2005) Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer, *Psycho-Oncology* 15, (160–168) (2006) Published online 3 May 2005 in Wiley InterScience, recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15880627> (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.932

Lo Castro, A., y Schlebucsh, L., (2006). The measurement of stress in breast cancer patients, *Suth African Journal of Psychology*, 36 (4), 762-779

- Lugo, H., García, I., y Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Latreia*, 15, (2), 96-102.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de medicina integral*, 18, 4-36.
- Luoma, M., y Hakamies-Blomqvist, L., (2004) The meaning of Quality of Life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study. *Psycho-oncology* 13: 729-739. Published online 8 January in Wiley InterScience. Recuperado de http://www3.interscience.wiley.com/journal/106600368/abstract?CRET_RY=1&SRETRY=0
- Malca, B. (2005). Psico-oncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*. 9(2), 64-67.
- Manne, S., Ostroff, J., Norton, T., Fox, K., Grana, G., y Goldstein, L. (2006) Cancer efficacy and Psychosocial and Funcional Adaptation to Early Stage Breast Cancer, *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (2), ,145-154.
- Moser, V., Crevenna, R., Korpan M., y Quittan, M., Cancer Rehabilitation Taylor & Francis Heathsciences, 35:153-162
- Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., y Schafenacker, A., (2005) Effects of a family intervention on the quality of life of Women with recurrent Breast Cancer and their family caregivers, recuperado de Published online 14 December 2004 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.871, *Psycho-Oncology* 14, (478–491) (2005)
- Novoa, M.,y Ballesteros, B. (2006). The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit. *Universitas Psychologist*. 5 (3), 599-612.
- Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Bayona, M., y Sánchez, C. (2004). Relación entre Perfil Psicológico, Calidad de Vida y Estrés Asistencial en Personal de Enfermería, *Univ. Psychology* 4 (1), 63-75
- Nucci N, (2003). Qualidade de vida e câncer:um estudo compreensivo. *Tese Doutorado* (225) . Brasil

Osoba, D., Hsu, M., Copley-Merriman, C., Coombs, J., Reed, F., Hauber, B., Manjunath, R. y Pyles, A., (2006) Stated preferences of patients with cancer for health-related quality-of-life (HRQOL) domains during treatment, *Quality of Life Research* 15, 273–283

Parfit, D., Reasons and persons, (1984). Citado por Dan Brock. Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. La calidad de vida. *Fondo de Cultura Económica*; 1998, 136-156. México: The United Nations University

Pedrosa, A., Monteiro, H., Lins, K., Pedrosa, F. y Melo, C. (2007). Ludotherapy for hospitalized children: a ludotherapy program for hospitalized children in the pediatric Oncology Unit of the Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Recife, 7 (1), 99-106.

Rodriguez, N., Cádiz, V., Farías, C., Palma, C., (2005). Cuidado Paliativo en Oncología Pediátrica. *Revista de pediatría electrónica*, (2), 2, 33-36

Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rojas-May, G. (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica*, 17 (4), 194-197.

Salazar, F., Centeno, N., Cardona, J., Jara, M., (2005) Comparación de la forma como las encuestas en Colombia indagaron sobre la calidad de los servicios de salud. *Estudios e investigaciones* 8 Julio de 2005 1-34. Colombia

Schipper, H., Clinch, JJ., Olweny, CL., (1990) Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. En: Spilker B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials*. Ed. *Lippincott-Raven Publishers*; 2, 11-23.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.

Shapiro, S., López, A., Schwartz, G., Bootzin, R., Figueredo, A., Braden, C., Kurker, S., (2002). Quality of breast cancer: relationship to psychosocial variables, *Journal of clinical Psychology*, 57 (4), 501-519

- Soto, J., Planes, M., Gras, M. (2003) Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer, *Psicooncología*. (0)1, 75-82. Gerona
- Torres, A., Sanhueza, O., (2006) Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y enfermería* (1), 9-17.
- Triviño, Z., Sanhueza, O., (2005), Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería, *Revista aquichan* ISSN 1657-5997 5 - (5), 1, 20-31
- Trujillo, S., Tovar, C., Lozano, M. (2003), Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología, *Universitas Psychology*, 3 (1), 89-98, enero-junio de 2004. Bogotá (Colombia)
- Vacek, P., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R., Hooper, G., Plante, D., (2002) Factors influencing quality of life in breast cancer survivors, *Quality of Life Research* 12, 527-537.
- Velarde, E., Ávila, C. (2002), Evaluación de la calidad de vida, *salud pública de México*, 44, (4), 349-361 Julio- Agosto de 2002.
- Velarde-Jurado, E., Avila-Figueroa, C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002, (44), 349-361.
- Vicaccia, S., Orozco, M., (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, *Diversitas*, (1) (2) 125-137.
- Wagner, C., Bigatti, S., Storniolo, A. (2006). Quality of life of Husbands of Women With breast cancer. *Psycho-Oncology* 15, 109–120, Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15852406> Published online in Wiley InterScience, (www.interscience.wiley.com). DOI: 0.1002/pon.928
- Weitzner, MA., Jacobsen, PB., Wagner, H., Friedland, J., Cox, C. The caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res*, 1999, (8), 55-63.