

LA REINSERCIÓN LABORAL EN LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

RETURNING TO WORK IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

Raquel Molina*, Jaime Feliu**, Belén San-José**, José Luis López*, José Ignacio Martín*, Brezo Martínez-Amores*, Fatima Navarro*, Melchor Álvarez-Mon* y Manuel Gonzalez Baron**

* Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

** Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Objetivo: Analizar los factores que influyen en la vuelta al trabajo en una cohorte de enfermos con cáncer colorrectal y los posibles problemas de discriminación que pueden tener.

Pacientes y métodos: El estudio incluyó 73 pacientes consecutivos diagnosticados de un cáncer colorrectal y empleados en el momento del diagnóstico. Los pacientes rellenaron un cuestionario que incluía aspectos demográficos, clínicos y laborales. El estudio fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital La Paz. Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio y para la utilización de los datos de su historia clínica.

Resultados: El 86% de los pacientes pasaron a inactivos tras comenzar el tratamiento de la enfermedad y un 45% lo seguían estando tras éste. No hubo diferencias en la influencia de las distintas variables analizadas con respecto a la actividad laboral tras el diagnóstico. Sin embargo, la edad avanzada, el tener un estadio IV de la enfermedad y la presencia de secuelas derivadas del tumor o del tratamiento de éste, sí influyeron en la reinserción laboral una vez finalizado el tratamiento específico. La mayoría de los pacientes no creían que el tener la enfermedad les perjudicaría en su puesto de trabajo y, en casi todos los casos, tanto sus compañeros como sus jefes conocían que tenían un tumor.

Abstract

Aim: Employment and work-related disability were investigated in a cohort of colorectal cancer patients to describe a possible discrimination and other work issues.

Patients and Methods: The study included consecutively 73 colorectal cancer patients who were employed at diagnosis. The questionnaire included cancer-related symptoms and work-related factors. Clinical details were obtained from the medical record. Patients were interviewed face to face. The study was approved by the Ethical Committee of La Paz Hospital. All patients gave consent to participate.

Results: Eighty six per cent of patients were unable to work after diagnosis, but 55% returned to work at the end of treatment. The age, having a metastatic illness and the sequelae of the disease or its treatment were independently associated with the ability to work after the end of treatment. Almost all patients told their employers and co-workers about their disease.

Conclusions: This is the first exploratory study in Spain about labour reintegration in colorectal cancer. Further studies are necessary.

Key words: Colorectal cancer, return to work, work disability.

Correspondencia:

Dra. Raquel Molina Villaverde.
Departamento de Oncología Médica.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
Carretera Alcalá-Meco s/n.
Alcalá de Henares 28805. Madrid.
E-mail: mvraq@hotmail.com.

Conclusiones: Éste es el primer estudio exploratorio en nuestro país acerca de la reinserción laboral de los pacientes diagnosticados de una neoplasia maligna colorrectal. Son necesarios más trabajos para poder establecer las medidas adecuadas para la mejora de este proceso.

Palabras clave: Cáncer colon, rehabilitación laboral, discriminación laboral.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal constituye un importante problema de salud pública al ocupar el segundo lugar dentro de todas las neoplasias en los países desarrollados. Los datos de incidencia en España son los obtenidos de los principales registros de cáncer aunque hay importantes variaciones geográficas⁽¹⁾. La mortalidad por este carcinoma ha ido disminuyendo durante los últimos 15 años debido a los avances en el tratamiento adyuvante y los adelantos en las terapias dirigidas. Recientes estudios de epidemiología indican que los supervivientes a largo plazo de este tipo de tumor son el tercer grupo más grande (12%) después del cáncer de mama (28%) y el de próstata (14%)⁽¹⁻³⁾.

Los supervivientes de esta enfermedad han de aprender a convivir con numerosos problemas, adaptarse al estilo de vida resultante y así, organizar su vida como un proyecto de futuro a más o menos corto plazo^(4,5). Tanto el tumor como el tratamiento específico producen secuelas y efectos secundarios que condicionan el funcionamiento físico y psíquico del paciente y obligan a una adaptación y un cambio de comportamiento^(6,7). Las personas con colostomía e ileostomía suelen tener problemas psicológicos y sociales. Deben aprender a controlar la expulsión de gas por

el estoma y llevar unos hábitos dietéticos y de evacuación. Además, pueden surgir complicaciones postoperatorias como estenosis de la apertura de la colostomía, eventraciones y disfunción sexual (en las resecciones perineales del recto)⁽³⁾.

El trabajo es un aspecto que ha recibido poca atención en las enfermedades neoplásicas en general, quizás debido a la tendencia de ver el diagnóstico de un tumor maligno como el final de la vida productiva. Sin embargo, el estudio de la actividad laboral como un camino para obtener una medida de calidad de vida y un índice de si una persona es capaz o no de mantener los roles sociales en el contexto de la enfermedad, ha llamado la atención de científicos sociales y del comportamiento sobre los aspectos psicológicos de esta patología⁽⁸⁾.

El principal objetivo de este estudio es la valoración de los factores que determinan la inactividad tras el diagnóstico y la reincorporación posterior al mundo laboral de los pacientes con una neoplasia de colon. De forma secundaria se intentó evaluar los posibles problemas surgidos tras la reincorporación a su trabajo: relación con los superiores y compañeros y minusvalías junto a una valoración subjetiva por parte de los pacientes de su enfermedad y de la repercusión en el medio laboral.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio se realizó mediante encuestas directas realizadas por pacientes diagnosticados de un tumor de colon, que estuvieran trabajando en el momento del diagnóstico y atendidos de forma consecutiva en la consulta

de Oncología Médica. El cuestionario incluía preguntas acerca de datos sociodemográficos, laborales y clínicos, así como otras relacionadas con el ambiente laboral y opiniones de los pacientes acerca de la influencia de la enfermedad en el trabajo (tabla 1). Los datos clínicos se recogieron de las

Tabla 1. **Variables recogidas y definición de términos**

1. Aspectos personales
 - Edad: Se refiere a los años cumplidos en el momento del diagnóstico. Se agrupan para el estudio estadístico en: menores de 24 años; 25-44 años; 45-65 años (agrupaciones según las encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽²⁸⁾.
 - Sexo: Varón (V) o Mujer (M).
 - Nivel de estudios: bajo, medio, alto (según la escala del INE).
2. Aspectos laborales:
 - Ocupación laboral en el momento del diagnóstico y régimen (autónomo o asalariado) y situación laboral tras ser confirmado el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento y en la actualidad, con los motivos que produjeron el cambio, si lo hubo.
 - Valoración subjetiva del paciente acerca de distintos aspectos relacionados con el entorno laboral (percepción de cambios en la relación con compañeros/jefes, tanto positivos como negativos; necesidad de mejoras en el horario laboral o en el espacio físico donde se desarrolla el trabajo para facilitar el proceso de reinserción; pensar si se tendrían dificultades a causa de la enfermedad si se tuviera que buscar un nuevo empleo; grado en que se contaría acerca de la enfermedad en un hipotético nuevo empleo).
3. Aspectos clínicos
 - Estadio al diagnóstico
 - Enfermedades concomitantes: se señala la comorbilidad que tenga el paciente por la posibilidad de que sea un factor influyente y/o decisivo en la reinserción laboral.
 - Tratamiento utilizado desde el diagnóstico, especificando duración: cirugía, quimioterapia, radioterapia.
 - Respuesta obtenida: Respuesta completa (RC), Respuesta parcial (RP) /Estabilización, Progresión.
 - Tiempo de evolución desde el final del tratamiento de la enfermedad.
 - Intervalo libre de enfermedad (ILE): Tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento radical hasta que se diagnostica la recaída.
 - Supervivencia Global (SG): Período que transcurre desde el diagnóstico hasta el fallecimiento del enfermo.
 - Secuelas de la enfermedad o del tratamiento.

historias clínicas de los pacientes. Previamente se entregó a los pacientes un consentimiento en el que se exponían los objetivos del estudio y su finalidad y el consentimiento para la utilización de los datos de la historia clínica. No hubo ningún paciente que se negara a participar en el estudio.

Análisis estadístico

La descripción de los datos cualitativos se realizó en forma de frecuencias absolutas y porcentajes y los datos cuantitativos mediante media, mediana y desviación típica (mínimo, máximo). La estimación del porcentaje de pacientes que se reincorporaron a la actividad laboral se obtuvo mediante intervalos de confianza del 95%. La comparación de datos cualitativos entre grupos se analizó a través del test de la Chi- Cuadrado o el test exacto de Fisher según la distribución de los mismos. Los datos cuantitativos se compararon mediante el test de U Mann-Whitney. Todas las pruebas estadísticas se consideraron bilaterales y como valores significativos, aquellos $p < 0,05$, salvo que se especifiquen otros valores.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 9.0.

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital La Paz de Madrid. Se consideró que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo y que era adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado ya que no interfería con los postulados éticos de la declaración de Helsinki (código HULP: PI-400). Las encuestas fueron contestadas por pacientes de los Servicios de Oncología del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

RESULTADOS

Se recogieron 73 pacientes consecutivos, diagnosticados de un carcinoma colorrectal y que estaban empleados laboralmente en el momento del diagnóstico. El 83,6% eran pacientes varones con una edad media de $49,45 \pm 8,62$ años (28-62). El 69,9% tenían entre 45 y 65 años.

En cuanto al nivel de estudios el 53,4% no tenían estudios o tenían estudios primarios, el 32,9% tenían un nivel educativo medio y en el 13,7% de los casos se trataba de enfermos con estudios universitarios.

El 75,3% tenían una ocupación que no requería, de forma predominante, un esfuerzo físico para su realización (las llamadas de "cuello blanco" en los estudios de Feldman⁽⁹⁾). El 82,2% eran asalariados frente a un régimen laboral autónomo.

En cuanto al estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, un 4,1% tenían un estadio I, un 31,5% II, un 39,7% III y un 24,7% eran metastásicos.

El 86,3% estuvieron inactivos tras comenzar el tratamiento y un 45,2% lo seguían estando actualmente.

El 65,8% habían recibido como tratamiento, cirugía y quimioterapia. Un 54,8% tenían alguna secuela (en un 47,5% del total correspondía a astenia). El 19,4% era portador de una ostomía como consecuencia de la cirugía realizada. Había comorbilidad en el 41,7% (la más frecuente cardiovascular (35%)).

En cuanto a las percepciones subjetivas en el entorno laboral, un 83,3% de los pacientes no creían que el tener la enfermedad le perjudicaría en su puesto de trabajo. En un 96,2% de los casos, tanto sus compañeros como sus jefes conocían el diagnóstico de su enfermedad y en el 66,7% no habían notado cambios por parte de éstos y de las que sí los

habían percibido, en un 85,7% se trataba de cambios positivos con más apoyo y ayuda por parte de aquellos. El 54,8% de los pacientes pensaban que no tendrían dificultad en encontrar un nuevo empleo a causa de la enfermedad y el 73,3% no ocultaría que había tenido un cáncer en las entrevistas de otros trabajos.

Correlación entre las distintas variables y la actividad laboral

En este estudio no se observaron diferencias ni en la actividad tras el diagnóstico de la enfermedad ni en el momento de la encuesta, con respecto al género.

En cuanto a la edad, se obtuvo una correspondencia entre una edad mayor al diagnóstico y un porcentaje de inactividad más alto en la actualidad. El 77,3% de los pacientes menores de 45 años estaban activos frente al 45,1% de los que tenían una edad comprendida entre los 45 y los 65 años ($p < 0,05$). No hubo diferencias en el porcentaje de actividad tras el inicio del tratamiento de la enfermedad.

El nivel de estudios no tuvo ninguna influencia en la actividad en ninguno de los dos momentos considerados en el estudio.

No hubo una relación significativa entre la inactividad tras el diagnóstico y el estadio tumoral ($p = 0,601$).

El estadio del tumor, sin embargo fue una variable significativa de cara a la reincorporación al trabajo. De los pacientes en estadio IV, el 77,8% estaban inactivos en el momento actual, en comparación al 0% de los que tenían un estadio I al diagnóstico. Se demostraron diferencias estadísticas entre el estadio IV y el resto ($p < 0,05$).

No se encontraron diferencias en la actividad laboral dependiendo del tipo de modalidad terapéutica utilizada.

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la actividad laboral ni al inicio del tratamiento ni tras éste con respecto a la presencia o no de enfermedades concomitantes.

La correlación entre la actividad laboral y cada uno de los tipos de ocupación no se encontró significativa. Agrupando los trabajos realizados en predominantemente físicos y no físicos, se obtuvo que no había diferencias en el mantenimiento o no de la actividad laboral tras comenzar el tratamiento de la enfermedad ni en la reincorporación a ésta después, ni tampoco dependiendo del régimen laboral.

El 78,4% de los encuestados activos estaban en remisión completa de la enfermedad y un 16,2% estaban en progresión. Teniendo en cuenta sólo el total de estos últimos pacientes, el 35,3% estaban inactivos. Sin embargo, no se demostró una diferencia significativa en estos parámetros ($p = 0,085$).

Un 40% de los que tenían alguna secuela derivada de la enfermedad o del tratamiento específico estaban activos frente al 72,7% de los que no tenían ninguna ($p < 0,01$).

No hubo diferencias en el porcentaje de actividad dentro de los tumores digestivos entre los que tenían una ostomía (50% de activos en la actualidad) y los que no (56,9% de activos en la actualidad) ($p = 0,77$).

Tampoco se observó que la comorbilidad asociada influía en la reincorporación al trabajo (tabla 2).

Similar porcentaje de encuestados entre los que estaban de baja y los que no, aseguraron que sus compañeros y/o jefes sabían que tenían una neoplasia. El 18,2% de los pacientes inactivos y el 38,2% de los activos habían percibido cambios en la actitud de sus compañeros ($p = 0,288$). En ninguno de los dos casos hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2: **Análisis univariante de la vuelta al trabajo tras el tratamiento**

Variable		n	(% empleados)
- Edad*	<=44	22	77,3
	>=45	51	45,1
- Nivel educativo	Bajo	39	48,7
	Medio	24	66,7
	Alto	10	50
- Tipo de trabajo	Físico	18	55,6
	No físico	55	54,5
- Régimen laboral	Autónomo	13	46,2
	Asalariado	60	56,7
- Estadio de la enfermedad**	I+II+III	55	65,5
	IV	18	22,2
- Tratamiento	Cx	5	40
	QT	3	33,3
	Cx+QT	48	58,3
	QT+RT	3	33,3
	Cx+QT+RT	14	57,1
- Respuesta objetiva	RC	47	63
	RP/EE	8	33,3
	EP	18	35,3
- Comorbilidad	Sí	20	55
	No	28	32,1
- Secuelas**	Sí	40	40
	No	33	72,7

Cx: Cirugía; QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia; RC: Respuesta Completa; RP: Respuesta parcial; EE: Estabilización; EP: Enfermedad progresiva.

* Diferencia significativa entre los grupos para la vuelta al trabajo tras el tratamiento con $p < .05$.

** Diferencia significativa entre los grupos para la vuelta al trabajo tras el tratamiento con $p < .01$.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre actividad-inactividad y la creencia de tener dificultades de conseguir un nuevo empleo. Un 31,1% de los pacientes que estaban en activo creían que tendrían problemas en encontrar otro trabajo frente a un 60% de los que estaban inactivos ($p=0,156$). Un 78,6% de los que estaban sin trabajar frente a un 68,8% de los activos, contarían que tenían o habían tenido un tumor maligno en la búsqueda de un nuevo empleo ($p=0,689$).

DISCUSIÓN

Aunque existe un número creciente de estudios acerca de las consecuencias psicosociales del cáncer, pocos de ellos se centran en el impacto que esta enfermedad tiene en los aspectos laborales de los supervivientes. Se ha encontrado una gran cantidad de variaciones en relación al porcentaje de problemas relacionados con la situación laboral (2,5-84%)^(10,11) y distintos factores que pueden afectar al estado funcional del superviviente y a su rehabilitación laboral⁽¹²⁻¹⁴⁾.

En España, hay pocos estudios sobre la reincorporación al trabajo del enfermo neoplásico, tanto en la fase de tratamiento activo, como en la fase de superviviente, una vez superada ésta o en la de enfermedad avanzada. Destaca solamente, el realizado por Martos et al en pacientes con tumores de cabeza y cuello⁽¹⁵⁾ y el estudio piloto de Jiménez et al en 95 enfermos con diferentes neoplasias⁽¹⁶⁾, por lo que es de gran interés profundizar en este tema a efectos teóricos y, sobre todo, prácticos, para poner en marcha proyectos y programas específicos de rehabilitación y reinserción laboral como hay en otras enfermedades crónicas discapacitantes⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

En una revisión de 14 estudios sobre la vuelta al trabajo de enfermos de cán-

cer, se asociaron distintas variables con la reinserción laboral como la edad, el tipo de tratamiento empleado para la enfermedad y el tipo de trabajo realizado previo al diagnóstico⁽²⁰⁾. Hay pocos datos de estudios que se centren en el cáncer colorrectal en concreto a pesar de la incidencia de esta neoplasia y que cuenta con el mayor número de supervivientes a largo plazo tras el cáncer de mama y el de próstata⁽²⁾. Feldman recogió en su trabajo que había un mayor absentismo entre los trabajadores cuya ocupación era predominantemente física (de "cuello azul" frente a los trabajadores de "cuello blanco")⁽⁹⁾.

Comparado con otros tipos de tumores, en el estudio de Spelton se objetivó que los pacientes con un tumor gastrointestinal volvían a su trabajo antes que otros tipos de cáncer⁽²¹⁾. A pesar de ello, hay pocos trabajos que se centren únicamente en la reinserción y las experiencias laborales del grupo de enfermos con un tumor maligno colorrectal y que incluyan también enfermedad avanzada.

En este estudio se ha objetivado que una mayor edad, el estadio IV y la presencia de secuelas de la enfermedad o del tratamiento empleado se asocian a una mayor inactividad. La mayoría de los pacientes no tuvieron problemas en contar que padecían la enfermedad en su entorno laboral y la mayoría no percibieron cambios en el comportamiento de compañeros y jefes y, si los hubo, fueron positivos. A la hora de tener que buscar un nuevo empleo, una ligera mayoría pensó que no tendría dificultades para conseguirlo por la enfermedad pero casi tres cuartos de los pacientes no ocultaría el hecho de haber tenido un cáncer en una entrevista de trabajo.

Schag et al⁽²²⁾ analizaron 117 pacientes con carcinoma colorrectal que es-

taban empleados al diagnóstico de la enfermedad. De ellos, el 8% dejaron de trabajar tras el tumor. Un 16% tuvieron dificultad para hablar con sus compañeros acerca de su enfermedad y un 11% la tuvieron para decirles a sus jefes que no podían trabajar porque tenían un cáncer. Un 11% de los pacientes tuvieron un temor importante a ser despedidos. El mejor predictor de calidad de vida de los supervivientes de cáncer de colon fue el estado general. Además, fueron importantes otras variables como la situación laboral previa al diagnóstico.

En el año 2004, Sánchez et al.⁽²³⁾ describió las experiencias laborales de 250 supervivientes de cáncer colorrectal, la mayoría con enfermedad in situ y loco-regional. El 89% de los pacientes volvieron a su empleo anterior aunque el 34% tardó más de dos meses en hacerlo. El principal motivo para retrasar la reincorporación fue el tratamiento con quimioterapia.

En este sentido, hay que insistir en el desarrollo de tratamientos que, manteniendo o mejorando la eficacia, produzcan menos secuelas y en la detección precoz de aquellas reversibles para instaurar una terapéutica apropiada y que no lleguen a ser invalidantes en un futuro más o menos próximo. Sería necesaria también la atención de equipos multidisciplinares de rehabilitación compuestos por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, especialistas en fonoatría y asistentes sociales, que tengan en cuenta los problemas individuales de cada paciente. Los pacientes entrevistados en el trabajo de Maunsell se quejaron de la falta de atención de los profesionales médicos en el tema de los problemas laborales⁽²⁴⁾. Por otro lado, en un estudio llevado a cabo por Verbeek et al, se encontró como factor

predictivo en la vuelta al trabajo después de haber tenido un tumor maligno, la continuidad de cuidados por un terapeuta ocupacional⁽²⁵⁾. A esta misma conclusión se había llegado antes en pacientes con dolor de columna⁽²⁶⁾.

Además, es necesaria una educación pública y profesional para la desaparición de los llamados "mitos" del cáncer y unas soluciones legales para la igualdad de oportunidades, en las que se valora a la persona por sus capacidades y no por sus antecedentes personales y que permita destinar unos recursos locales y estatales para la reintegración a través del desarrollo de programas específicos.

En las empresas y otros lugares de trabajo son necesarios esfuerzos para el cumplimiento de los derechos establecidos y una serie de acomodaciones especiales que faciliten la reinserción con asistencia en los casos de incapacidad específicos de esta enfermedad⁽²⁷⁾.

Por último, la creación de asociaciones de supervivientes permitiría un apoyo independiente y eficaz en esta tarea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. Datos de Mortalidad por Cáncer del año 2005.
2. Libutti SK, Saltz LB, Rustgi AK, Tepper JE. Cancer of the colon. En: Devita V, Hellman S, Rosenberg SA editors. Cancer. Principles and practice. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2005. p. 1060-109.
3. Feliu J. Cáncer de colon y recto. Tratamiento de la enfermedad diseminada. En: González Barón M, Feliu J, Zamora P editores. Oncología Clínica. Patología especial. 2ª edición. McGraw Hill Interamericana. Madrid 1998. p. 15-34.
4. Taskila T, Martikainen R, Hietanen P, Lindbohm ML Comparative study of work

- ability between cancer survivors and their referents. *Eur J Cancer* 2007; 43(5): 914-20.
5. Kennedy F. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care* 2007; 16:17-25.
 6. Nachreiner NM, Dagher RK, McGovern PM, Baker BA, Alexander, BH, Gerberich S G. Successful return to work for cancer survivors (Business and Leadership). 2007 55(7), 290-5.
 7. Gambosi J. Recovering from cancer: a nursing intervention programme. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17(2): 215- 219.
 8. García C, Fernández Y, Gómez J, Salinas P. Los supervivientes del cáncer. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E editores. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana, 1995; 1344-1358.
 9. Feldman F. The return to work: a question of workability. In: American Cancer Society. *Proceedings of the Workshop on Employment, Insurance and the Patient with cancer*. New Orleans 1987; 27-35.
 10. Hoffman B. Employment discrimination; another hurdle for cancer survivors. *Cancer Invest* 1991; 9(5): 589-95.
 11. Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psychooncology* 2002; 11: 188-198.
 12. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol* 2007; 46(4):446-51.
 13. Short P, Vasey J, Tunceli K: Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer* 2005; 103: 1292-301.
 14. Taskila T, Martikainen R, Hietanen P, Lindbohm ML Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *Eur J Cancer* 2007; 43(5): 914-20.
 15. Martos C, Sánchez I, Martínez R, García C, Álvarez M, Larrubia I et al. Reinserción sociolaboral tras laringectomía total. *Rehabilitación* 1995; 29(2): 85-91.
 16. Jiménez A, Feliu J, Molina R, Ríos E, Zamora P, González Barón M. Reinserción laboral del paciente neoplásico. *Oncología* 2000; 23(7): 318-26.
 17. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand RJ. Psychosocial job factors and return to work after low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Industr Med* 2001; 40: 374-92.
 18. Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ, Rudolph L. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *J Occup Environ Med* 2000; 42(3): 323-33.
 19. Shanfield SB. Return to work after an acute myocardial infarction: a review. *Heart Lung J Crit Care* 1990; 19(2): 109-17.
 20. Steiner JF, Cavender TA, Main DS, Bradley CJ. Assessing the impact of cancer on work outcomes. *Cancer* 2004; 15: 1703-11.
 21. Spelten ER, Verbeek JHAM, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, van der Lelie J, Reijke TM et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work, a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1562-7.
 22. Schag CAC, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual life Res* 1994; 3: 127-41.
 23. Sanchez KM, Richardson JL, Mason RC: The return to work experiences of colorectal cancer survivors. *AAOHN*; 2004; 52(12): 500-10.
 24. Maunsell E, Brisson C, Dubois L, Lauzier S, Fraser A: Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psychooncology* 1999; 8: 467-73.
 25. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occu-

- pational physicians. *Occup Environ Med* 2003; 60(5): 352-7.
26. Waddel G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occ Med* 2001; 51: 124-35.
27. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, coworker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil* 2007; 17(1): 83-92
28. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Monografía en Internet. [Acceso en 10 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf