



Seminario para acceder al grado académico de Licenciado en Psicología

“Relación entre el manejo de información de los pacientes oncológicos atendidos
en la Fundación Arturo López Pérez (FALP) y su calidad de vida”

Elaborado por:

Jazmín Aguilar Ortíz

Tatiana Corbeaux Ascui

Marjorie Gornall Cacciutolo

Carola Saldías Tapia

Profesor (a) guía:

Ps. Irma Morales Reyes

Santiago, Julio de 2017

Resumen

El cáncer es una enfermedad devastadora que afecta diferentes dimensiones de la vida de un paciente. Estudios han mostrado que puede existir un impacto de la información que se le entrega al paciente sobre su calidad de vida. El presente estudio busca correlacionar estas dos variables utilizando instrumentos psicométricos desarrollados por la EORTC: Info25 y C30. El estudio se realizó con una muestra de 97 pacientes diagnosticados con diferentes tipos de neoplasias malignas de la clínica oncológica fundación Arturo López Pérez (FALP). Se realizó un estudio con diseño cuantitativo, no experimental, correlacional y para el análisis de datos se utilizó el estadígrafo correlacional de Spearman. Se encontró directa relación entre las dos variables analizadas así como relación indirecta entre el nivel de información y las escalas emocionales, cognitiva y social del C30. El presente estudio deja claro manifiesto que la entrega de información al paciente diagnosticado con cáncer puede ser considerado como una primera intervención por parte del equipo de salud tratante.

Palabras clave: Cáncer, información, calidad de vida

Abstract

Cancer is a devastating disease that affects different dimensions of a patient's life. Studies have shown the importance of the information given to patients in their quality of life. The present study seek to correlate these two variables using psychometric instruments developed by EORTC - Info25 and C30. The study was performed on 97 patients diagnosed with different types of malignancies from the oncology clinic Arturo López Pérez (FALP). A study with a quantitative, non - experimental, correlational design was

performed, and the Spearman correlation statistic was used for data analysis. A direct correlation was found between the two analyzed variables as well as indirect correlation between the level of information and the emotional, cognitive and social scales of the C30. The present study makes clear that the delivery of information to the patient diagnosed with cancer can be considered as a first intervention by the treating health care team.

Key Words:

Cáncer, Information, Quality of life.

El cáncer constituye un importante problema mundial de salud ya que es la segunda causa de muerte en el mundo. Como ejemplo podemos mencionar que esta enfermedad ha ocasionado en el año 2015, 8,8 millones de muertes y una de cada seis defunciones en el mundo se debe al cáncer (OMS,2018) y que durante el año 2012, hubo 14,1 millones de nuevos casos de enfermedades oncológicas. (OMS, 2012).

Se sabe que el cáncer es producto de influencias combinadas de factores genéticos, exposiciones ambientales, infecciones crónicas, y estilos de vida poco saludables. Un tercio de las muertes por esta enfermedad se debe a los cinco principales factores de riesgo como conductuales y dietéticos, falta de actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, infecciones oncogénicas, el virus de la hepatitis y papilomavirus humano (OMS, 2018).

Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor fallecimientos a nivel mundial son, pulmonar (1,69 millones de defunciones), hepático (788.000), colorrectal (774.000), gástrico (754.000) y mamario (571.000) (OMS, 2018).

En Chile, los cánceres más frecuentes desde el punto de vista de la mortalidad como de la carga de la enfermedad, son cáncer de estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino (MINSAL, 2016).

La tendencia en el aumento de la carga por cáncer y su desproporcionado impacto en los países en vías de desarrollo, donde cerca del 70% de las muertes son por enfermedades oncológicas, se registran en países de ingresos medios y bajos, donde solo uno de cada cinco de estos países dispone de los datos necesarios para impulsar políticas pertinentes para abordar esta enfermedad (OMS, 2018).

En relación a las enfermedades oncológicas, hay aspectos que no son del dominio público, debido a que muchas personas, por no poseer la enfermedad, no requieren información sobre el cáncer (Castaneda y O'Shea., 2015). Esto conlleva a que la población tenga ideas preconcebidas de la enfermedad o ideas que no están actualizadas, lo que les lleva a percibir y a vivir el proceso de manera diferente enfrentando muchos mitos sociales y estigmas sobre esta patología (Calderón et al. 2014).

Según Cano (2005), el diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo.

El éxito de los tratamientos oncológicos tradicionalmente se ha medido en función de las variables biomédicas como lo son la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad, o la supervivencia entre otros, lo cual se ha ido modificando con la nueva visión puesto que a partir de los años 90 aumenta el interés por evaluar más profundamente el impacto de la enfermedad y los tratamientos a la calidad de vida del paciente y su familia. (Arrarás et al. 2011)

Considerando este nuevo paradigma, la investigación en el área de información y educación en salud ha crecido en los últimos 5 años (Vergara et al., 2006), generando una amplia visión de los diferentes tipos de información que se entrega al paciente y de cómo ésta es entregada.

Estas investigaciones han dejado a la luz la importancia de informar y capacitar al paciente y a su familia para enfrentar de la mejor manera posible un diagnóstico oncológico (Vergara et al. 2006). Tanto es así que los centros de atención oncológica multidisciplinarios consideran la información entregada al paciente y a su familia como la primera intervención (Báez et al., 2003).

En Chile, en la actualidad se desconoce el nivel de información que los pacientes diagnosticados con cáncer manejan sobre su enfermedad y qué tanto esta situación puede provocar ansiedad u otro cuadro psicológico.

Algunos estudios como el modelo Transaccional del Estrés planteado por Lazarus y Folkman, comprende al estrés, como la interacción entre el ser humano y su entorno, con lo cual la percepción individual de los factores estresantes y los recursos sociales, como culturales, con los que cuente el individuo permitirán un mejor afrontamiento y el manejo de sus emociones, Lazarus y Folkman, 1986).

Posteriormente, estudios e intervenciones psicosociales demostraron que pacientes con un espíritu de lucha, con menores niveles de estrés emocional, con la capacidad para expresar sus emociones y contar con apoyo del entorno se relacionan con un buen pronóstico del

curso de la enfermedad. Cabe destacar, que es imprescindible la contención, tolerancia, aceptación, flexibilidad, apoyo y comprensión, por parte de la familia, los amigos, el lugar de trabajo y el equipo médico, referente al estado de salud físico y emocional del paciente oncológico (Novoa, et al. 2010).

Con respecto al tiempo de supervivencia, (Spiegel et al, 1989) refieren como agente fundamental el apoyo social. Spiegel y colaboradores durante un estudio de diez años, demuestran que las mujeres con cáncer de mama, que habían participado en una terapia de grupo alcanzaron una supervivencia promedio de un año y medio más que las pacientes del grupo de control sin intervención.

El estudio de Richardson et al., (1990) reportó los efectos de las visitas domiciliarias y las intervenciones educativas en pacientes con leucemia y linfoma. Quienes recibieron intervención de grupo vivieron más tiempo, aún después de que las diferencias en tratamientos médicos fueron controladas. La conclusión fue que la intervención psicosocial fue la variable significativa.

Las intervenciones terapéuticas dependen de la fase en que el paciente se encuentre en su tratamiento contra el cáncer, y es fundamental la gran cantidad de aspectos psicosociales que afectan los cuidados en las enfermedades crónicas, de ahí surgen las respuestas individuales de los pacientes, mediando las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico (Santivañez et al., 2008).

El cuidado y apoyo es fundamental para la adherencia del tratamiento, la supervivencia en el caso que amerite o la prolongación de la vida del individuo incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr una óptima calidad de vida en las personas con cáncer (Castañeda, 2015).

La definición, de la calidad de vida según la Organización Mundial de la salud (2015) es una valoración cognoscitiva del individuo, donde juega un rol fundamental la percepción que éste tenga de su existencia, la sociedad, sus valores en relación con sus expectativas, normas e inquietudes y está mediado por una reacción a nivel emocional. Estos dos elementos cognición y emoción, reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales (Piqueras et al., 2009).

Las emociones, en este caso la ansiedad se han considerado como una de las variables a tratar y controlar en el nuevo concepto de salud, por el papel que juegan como factores de riesgo para abandonar el tratamiento, para la exacerbación de la enfermedad o para ambos problemas (Tobal, 1999).

El uso de instrumentos de medición confiables y válidos es relevante al momento de medir si la información que se les ha entregado a los pacientes ha sido entendida. La validez que presente este instrumento, determina si realmente mide lo que se quiere medir (Arrarás et al., 2010).

Considerando los antecedentes mencionados, en el presente estudio se pretende determinar la relación existente entre la información entregada a los pacientes oncológicos y su calidad de vida. De esta manera ésta investigación es un aporte a la clínica y a la gestión que se realiza en la actualidad con los pacientes con cáncer y podría mejorar las intervenciones que se realicen con dichos pacientes, ya que teniendo claridad respecto al impacto que tiene la información que el paciente maneja de su enfermedad y cómo esto afecta a su calidad de vida y a su vez en cómo la calidad de vida afecta en la forma en que el paciente resignifica su enfermedad, las instituciones podrían implementar acciones que mejoraran los aspectos comunicacionales, considerando que el manejo de información podría influir incluso en los aspectos médicos. Cabe mencionar que en la actualidad en Chile es mínima la existencia de estudios acerca de la información que poseen los pacientes oncológicos sobre su enfermedad y cómo afecta a su calidad de vida.

Por todo esto se considera un tema innovador y versátil que permitirá tener más información y comprender de la calidad de vida en pacientes oncológicos, generando la posibilidad de ser una herramienta para futuros estudios e implementación de planes que mejoren la vida de pacientes oncológicos, no sólo de la FALP, sino de otras instituciones de salud, tanto de Chile como de Sudamérica.

Metodología:

La investigación fue realizada con un enfoque cuantitativo, basada en la recolección de datos mediante cuestionarios. Las variables que fueron medidas son el manejo de información sobre el diagnóstico de cáncer, y la calidad de vida del mismo paciente.

La investigación tiene un diseño no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Además indicar que el trabajo de investigación, también tiene un enfoque correlacional ya que no se trató establecer relaciones causales entre las variables (Montero y León 2005).

Instrumentos

Las herramientas de medición que se utilizaron en el presente estudio son herramientas cuantitativas, encuestas creadas por un equipo expertos en calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment of Cáncer (EORTC). Son los cuestionarios psicométricos de Calidad de Vida QLQ C-30 y de información INFO-25.

El cuestionario INFO 25 evalúa la información recibida por el paciente oncológico, el cual se puede encontrar en diferentes fases de la enfermedad y del proceso de tratamiento y seguimiento. Mide aspectos relacionados con la enfermedad, las pruebas diagnósticas, los tratamientos y otros cuidados que recibe el paciente. Además evalúa aspectos cualitativos sobre la utilidad y la satisfacción con esta información y el deseo de recibir más o menos información.

La información al paciente oncológico es uno de los elementos clave del soporte que reciben los pacientes por parte de los profesionales y cuidadores. Está caracterizada por importantes diferencias culturales. Por ello, en la creación del cuestionario EORTC QLQ-INFO25 se ha pretendido dar especial atención a los aspectos de la información propios de las diferentes culturas de Europa y de otras zonas.

– Contenidos de la información recibida: información sobre la enfermedad, pruebas médicas, tratamientos y otros servicios; información sobre otros aspectos: diferentes

lugares donde recibir los cuidados, cosas que puedes hacer para ayudarte a ti mismo, información en otros formatos (escrita, información en CD / vídeo).

– Aspectos cualitativos: satisfacción con la información recibida, deseo de recibir más información, de haber recibido menos información, utilidad global de la información recibida. (Arrarás et al.,2017).

Junto con la relación entre los valores globales de ambos cuestionarios se relacionarán las escalas internas de cuestionario de calidad de vida C-30. En lo que a esto respecta, en la actualidad existe un acuerdo en las características de la calidad de vida que se consideran importantes y que se tienen en cuenta a la hora de medir, que son la subjetividad que presenta la evaluación, la temporalidad, la multidimensionalidad y la relación con los parámetros de salud (Arrarás, Arias, Illarramendi, Manterola, Salgado, Domínguez y Vera, 2011).

El cuestionario QLQ-C30 es un cuestionario específico para cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas y está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, este cuestionario evalúa la CV de la última semana posterior a la aplicación.

El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómito), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico).

Para el diligenciamiento del cuestionario QLQ-C30 se asignan valores entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho) según las respuestas del paciente al ítem, solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas. Los valores altos en las escalas de salud global y estado función indican una mejor CV, mientras que en la

escala de síntomas indicaría disminución de CV ya que indica la presencia de sintomatología asociada al cáncer. (Bermúdez & Collazos, 2013)

Participantes

Los participantes de la investigación fueron 97 sujetos, hombres y mujeres mayores de edad (18 años o más) que cuentan con diagnóstico oncológico y que están hospitalizados o en tratamiento ambulatorio en la institución FALP (Fundación Arturo López Pérez), lugar donde se aplicaron las encuestas.

Ética en el desarrollo de la metodología:

La ley 20548, apoya la ética basada en la autonomía de las personas respetando así la participación voluntaria hacia la investigación, según el ministerio de Salud Chile, (2012). Para que se aplicara las encuestas a los pacientes, el proyecto fue aprobado por el comité acreditado de ética del servicio de salud oriente, por lo cual tuvo que someterse a una aprobación de la comisión, para proceder a la accesibilidad del estudio en la institución hospitalaria. Además, siguiendo en el cumplimiento de la ley y para cumplir con el pleno respeto a los derechos de los pacientes, de querer participar en la investigación, se indicó que antes de aplicar el instrumento, tuvieron que firmar una carta de consentimiento, la cual tuvo como finalidad este documento informativo, la invitación a las personas a participar de la investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el *consentimiento informado* autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Análisis estadístico:

Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión XX. Se testeó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y como ésta no se cumplió ($p > ,05$) se continuó trabajando con la correlación de Spearman (Nian Shong Chok, 2008).

Resultados

La muestra final estuvo conformada por 97 pacientes de la Fundación Arturo López Pérez, 57,7% (frecuencia) mujeres y un 42,3% (frecuencia) varones.

En términos descriptivos, se observa que un 5% de los encuestados se encuentra casado o en convivencia estable, un 30,9% era soltero, un 9,3% separado o divorciado y un 7% viudo. Respecto al nivel educacional, el 37,1% de la población tiene educación universitaria, el 23,7% calidad de técnico, el 22,7% educación media y el 14,4 con educación básica. De este grupo, el 57.7% reside en la Región Metropolitana, en tanto que un 42.3% reside en otra región de Chile, pero se atiende en Santiago.

Un aspecto muy interesante a conocer son las creencias religiosas de la población, donde se observa que un 61,9% de los pacientes se declara seguidor de alguna creencia religiosa, mientras que un 36,1% se declara ajeno a cualquier tipo de religiosidad.

La mayor cantidad de pacientes encuestados se encontraban en tratamiento ambulatorio (73,2%) y el 26,8% hospitalizado y la distribución de los tipos de cánceres encontrados fue de un 27.8% cáncer digestivo seguidos por cáncer de mama (20,6%), cáncer ginecológicos, urológicos y hematológicos, todos con un 10,3%, luego otros tumores sólidos (5,2%) y finalizando con cáncer de pulmón (2,1%) y cabeza y cuello (1%).

El performance clínico se refiere al nivel de bienestar subjetivo que percibe el paciente al momento de la entrevista (performance status) pudiendo clasificarse en grupos como asintomático (76.4%), sintomático con menos de la mitad del día en cama (13.4%) y sintomático con más del 50% del día en cama (6.2%).

Análisis correlacional

En primer lugar, se evaluó si existe relación entre el Manejo global de información por parte del paciente medido a través de la escala global del Info25, y su calidad de vida (medido a través de la Escala Global de Calidad de Vida (C30), observándose que no hay correlación significativa ($r=,051$; $p=.619$) entre ambas variables.

En segundo lugar, se evaluó la existencia de correlación entre el Manejo de información por parte del paciente (escala global del Info25) y las sub-escalas funcionales del cuestionario C30: función física, función de rol, función emocional, función cognitiva y función social, y tampoco se encontró correlaciones significativas ($p >,05$) entre estas variables (Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones entre Manejo de información por parte del paciente, Escala global de calidad de vida y sub escalas funcionales del C30

		Escala global de calidad de vida	Función física	Rol	Función emocional	Función cognitiva	Función Social
Manejo de información por parte del paciente	Coefficiente de correlación de Spearman	,051	,021	-,111	-,096	-,096	-,078
	Nivel de significación	,619	,837	,284	,348	,351	,450
	N	96	97	96	97	97	97

Posteriormente, se evaluó si existe correlación entre la sub-escalas del cuestionario Info-25 (información que maneja el paciente sobre su enfermedad) y la escala global de Calidad de Vida ($r=,238$; $p=.020$) y sus sub-escalas funcionales (función física, rol, emocional, cognitiva y social), observándose que la información que maneja el paciente sobre su enfermedad se correlaciona significativamente con todas las sub escalas del cuestionario de Calidad de Vida ($p >,05$) (Tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones entre Información que maneja el paciente de su enfermedad, Escala global de calidad de vida y sub escalas funcionales de éste.

		Escala global de calidad de vida	Función física	Rol	Función emocional	Función cognitiva	Función Social
Manejo de información por parte del paciente de su enfermedad	Coefficiente de correlación de Spearman	,238	-,248	-,315	-,368	-,212	-,262
	Nivel de significación	,020	,014	,002	,000	,037	,010
	N	96	97	96	97	97	97

Al evaluar la correlación entre la sub-escala del Info-25 (información que maneja el paciente sobre los tratamientos) y la escala global de Calidad de Vida y sus sub-escalas funcionales (Función física, rol, emocional, cognitiva y social), observamos una correlación significativa ($r=,183$; $p=.076$) entre todas las subescalas evaluadas ($p >,05$) (Tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones entre Información que maneja el paciente acerca de los tratamientos, Escala global de calidad de vida y sub escalas funcionales

		Escala global de calidad de vida	Función física	Rol	Función emocional	Función cognitiva	Función Social
Manejo de información acerca de los tratamientos	Coefficiente de correlación de Spearman	,183	-,248	-,135	-,334	-,169	-,139
	Nivel de significación	,076	,195	,191	,001	,100	,175
	N	95	96	95	96	96	96

De manera posterior, se evaluó la correlación entre la escala de manejo de información por parte del paciente (escala Global del Info25) y las sub-escalas de síntomas del C30 (fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, apetito, constipación, diarrea y finanzas). En el caso de esta correlación no se observa correlación significativa ($r=,056$; $p=.586$) en ninguna de las sub-escalas comparadas ($p >,05$) (Tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre la escala global de manejo de información por parte del paciente y las sus sub-escalas de síntomas del C30

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific. Financieras
Manejo de información por parte del paciente	Coefficiente de correlación de Spearman	,056	-,068	,037	,019	,145	,029	,076	,015	-,050
	Nivel de significación	,586	,510	,719	,853	,159	,775	,461	,886	,625
	N	96	97	97	97	96	97	97	97	97

Tabla 5. Correlación entre la escala de manejo de información acerca de su enfermedad y las sub-escalas del C30 (fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, apetito, constipación, diarrea y finanzas). Se observa correlación significativa ($r=,352$; $p=.000$) con las escalas de fatiga, dolor e insomnio ($p >,05$).

Tabla 5.

Correlación entre la información que maneja el paciente de su enfermedad v/s las sus sub-escalas de síntomas

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific. Financieras
Manejo de formación por parte del paciente de su enfermedad	Coefficiente de correlación de Spearman	-,352	-,114	-,298	-,165	-,256	-,130	-,146	-,058	-,150
	Nivel de significación	,000	,267	,003	,107	,012	,204	,154	,572	,143
	N	96	97	97	97	96	97	97	97	97

Se evalúa la correlación entre la escala de manejo de información sobre sus exámenes y las sub-escalas de síntomas del C30 (fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, apetito, constipación, diarrea y finanzas), observándose correlación significativa ($r=,336$; $p=.001$) con las escalas de Fatiga, Dolor, Disnea, Insomnio y dificultades financieras. Cabe destacar que una correlación con signo negativo implica correlación indirecta entre las variables comparadas ($p >,05$) (Tabla 6).

Tabla 6

Correlación entre la información acerca de los exámenes v/s las sub-escalas de síntomas

	Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific. Financieras
Información acerca de los exámenes									
Coefficiente de correlación de Spearman	-,336	-,130	-,291	-,214	-,299	-,083	-,119	-,006	-,232
Nivel de significación	,001	,205	,004	,035	,003	,419	,244	,953	,022
N	96	97	97	97	96	97	97	97	97

A continuación indagamos sobre la correlación entre la escala de manejo de información sobre sus tratamientos y las sus sub-escalas de síntomas del C30 (fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, apetito, constipación, diarrea y finanzas) donde se observa una correlación significativa ($r=,192$; $p=.062$) con las escalas de Fatiga, Dolor, Disnea, Insomnio y dificultades financieras. , destacándose una correlación significativa inversa (negativo) con las escalas de Náusea, Dolor e Insomnio ($p >,05$) (Tabla 7).

Tabla 7

Correlación entre la información que maneja el paciente de los tratamientos v/s las sub-escalas de síntomas

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific. Financieras
Manejo de información acerca de los tratamientos	Coefficiente de correlación de Spearman	-,192	-,217	-,225	-,142	-,207	-,100	-,045	-,000	-,013
	Nivel de significación	,062	,034	,028	,168	,044	,333	,663	1,000	,897
	N	95	96	96	96	95	96	96	96	96

Se indagó la correlación entre la escala de manejo de información acerca de otros servicios de la institución y las sub-escalas de síntomas del C30 (fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, apetito, constipación, diarrea y finanzas). Se observa correlación significativa ($r=,170$; $p=.197$) con las escalas de Fatiga, Dolor, Disnea, Insomnio y dificultades financieras. Se observa correlación significativa inversa (negativo) con la escala de dolor ($p >,05$) (Tabla 8).

Tabla 8

Correlación entre la información acerca de otros servicios FALP v/s las sus sub-escalas de síntomas

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dif. Financieras
Manejo de formación de otros servicios FALP	Coefficiente de correlación de Spearman	-,170	-,138	-,210	-,092	-,129	,068	-,115	-,116	-,043
	Nivel de significación	,097	,178	,039	,372	,209	,507	,260	,257	,672
	N	96	97	97	97	96	97	97	97	97

En la tabla 9 se observa la correlación entre la escala de satisfacción con la información recibida y la sub escala de síntomas del (C30) (Fatiga, Náusea, Dolor, Disnea, Insomnio, Apetito, Constipación, Diarrea y Finanzas). Se observa correlación significativa ($r=,265$; $p=.062$) indirecta con la sub escala de fatiga, dolor e insomnio ($p >,05$).

Tabla 9

Correlación entre la satisfacción de la información recibida, escala global de calidad de vida y sub escala de síntomas.

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific. Financieras
Satisfacción de la información recibida	Coefficiente de correlación de Spearman	-,265	-,166	-,217	-,076	-,279	-,107	-,164	,017	-,125
	Nivel de significación	,062	,034	,028	,168	,044	,333	,663	1,000	,897
	N	95	96	96	96	95	96	96	96	96

Posteriormente se investigó en la correlación existente entre la escala de satisfacción con la información recibida v/s la escala global del C30 y sus sub escalas funcionales (Función Física, Rol, Emocional, Cognitiva y Social), observándose una correlación significativa inversa con las escalas de Función emocional, cognitiva y social (Tabla 9).

Tabla 10

Correlación entre la satisfacción de la información recibida, escala global de calidad de vida y sub escalas funcionales.

		Escala global de calidad de vida	Función física	Rol	Función emocional	Función cognitiva	Función Social
Satisfacción con la información recibida	Coefficiente de correlación de Spearman	,151	-,124	-,156	-,201	-,226	-,216
	Nivel de significación	,142	,228	,128	,048	,026	,034
	N	96	97	96	97	97	97

Posteriormente, en tabla 11 se observan las correlaciones entre la escala global de calidad de vida y la sub escala de síntomas del C30 (Fatiga, Náusea, Dolor, Disnea, Insomnio, Apetito, Constipación, Diarrea y Finanzas). Se observa correlación significativa con todas las sub escala de síntomas del C30 ($p >,05$).

Tabla 11

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific.Financieras
Escala global de calidad de vida	Coeficiente de correlación de Spearman	-,644	-,280	-,622	-,483	-,605	-,487	-,283	-,217	-,347
	Nivel de significación	,000	,006	,000	,000	,000	,000	,005	,033	,001
	N	95	96	96	96	95	96	96	96	96

En la tabla 12 se observa la correlación entre las sub escalas del C30 de función emocional y la sub escala de síntomas (Fatiga, Náusea, Dolor, Disnea, Insomnio, Pérdida del apetito, Constipación, Diarrea y Finanzas), observándose una correlación significativa positiva con la sub escala de fatiga, náusea, dolor, disnea, insomnio, pérdida del apetito, constipación y dificultades financieras ($p > ,05$).

Tabla 12

		Fatiga	Nausea	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dific.Financieras
Función nocional	Coefficiente de correlación de Spearman	,583	,312	,578	,499	,563	,382	,215	,136	,373
	Nivel de significación	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,034	,185	,000
	N	96	97	97	97	96	97	97	97	97

Para determinar si existen diferencias en la Escala global de calidad de vida según nivel educacional de la población encuestada, se realizó un ANOVA. Cumpliéndose el supuesto de homogeneidad de varianzas ($F=,762$; $p=,058$) se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados.

Tabla 13

Escala global de calidad de vida				
Nivel educacional	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Básica	8,643	,772	7,109	10,177
Media	9,455	,616	8,231	10,679
Técnica	9,696	,603	8,499	10,893
Universitario o post grado	10,000	,488	9,030	10,970

Educación Máxima

Variable dependiente: Escala global calidad de vida

Educación Máxima

Posteriormente, en tabla 14 se observa la medición de la calidad de vida en los diferentes tipos de cánceres. Se observa una mejor puntuación de calidad de vida en los cáncer digestivo (10.1) y urológicos (10,1). Seguido por mama (9.9) hematológicos (9.8), otros tumores sólidos (9.6) y ginecológicos (8.1). Los que reflejan menor calidad de vida son Cabeza y Cuello y Pulmón, sin embargo estos son muy bajo número de pacientes como para ser comparables con los demás grupos (tabla 14).

Tabla 14

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente: Escala global calidad de vida

Tipo de Cáncer	Media	Desviación estándar	N
Mama	9,9500	2,94645	20
Pulmón	6,5000	2,12132	2
Urológico	10,1111	3,37062	9
Digestivo	10,1111	2,54699	27
Cabeza y Cuello	6,0000	.	1
Gine	8,1000	2,96086	10
Otros Tumores sólidos	9,6000	2,30217	5
Hematológicos	9,8000	3,70585	10
Total	9,6310	2,94438	84

En la tabla 15 se observan los niveles de calidad de vida en pacientes hospitalizados vs ambulatorios. No hay diferencia significativa en los resultados de la calidad de vida global entre los dos grupos de pacientes encuestados.

Tabla 15

Factores inter-sujetos

	Etiqueta de valor		N
Situación Entrevista	1	Hosp	25
	2	Amb	71

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente: Escala global calidad de vida

Situación Entrevista	Desviación		N
	Media	estándar	
Hosp	9,0000	3,24037	25
Amb	9,8873	2,72842	71
Total	9,6563	2,87943	96

En la tabla 16 se observan los resultados de la calidad de vida global en los diferentes grupos de la percepción del estado de salud del paciente (performance status). Se observa

una mejor calidad de vida en los pacientes con menor cantidad de síntomas y menos postrados.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente: Escala global calidad de vida

Clínical Performance	Media	Desviación estándar	N
asintomático o síntomas leves	10,1067	2,76353	75
Sintomático menos de la mitad del día en cama	8,9231	2,43110	13
Sintomático más de la mitad del día en cama	5,5000	1,87083	6
Total	9,6489	2,89496	94

Clínical Performance

Variable dependiente: Escala global calidad de vida

Clínical Performance	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
asintomático o síntomas leves	10,107	,309	9,492	10,721
Sintomático menos de la mitad del día en cama	8,923	,743	7,447	10,400
Sintomático más de la mitad del día en cama	5,500	1,094	3,327	7,673

Discusión

La presente investigación da cuenta de las múltiples dimensiones que inciden en la calidad de vida del paciente oncológico. Una de las primeras observaciones que cabe mencionar, es la baja correlación existente entre los resultados globales de la escala global del C30 y los resultados globales del Info25. Esto ya ha sido reportado en investigaciones previas, señalando que se debe a la baja especificidad y alto nivel de subjetividad que reflejan las respuestas a las preguntas 29 y 30 de la escala C30. Estas preguntas están basadas en la percepción subjetiva del estado de salud y calidad de vida del paciente y estratificadas en una escala numérica del 1 al 7 lo que es una escala diferente a las otras preguntas del cuestionario (Arrarás *et al.*, 2011) (King, 1996) (Gordillo, *et al.*, 2017). Un aspecto importante a conocer en la aplicación de un cuestionario psicométrico es la estructura y configuración de éste ya que no solo se debe tomar en cuenta los números obtenidos, sino también otros aspectos como el tipo de pregunta que se está realizando y la experiencia del investigador en el contexto de la aplicación del cuestionario.

En la línea de la hipótesis previamente mencionada, se encontró correlación entre las subescalas de ambos cuestionarios (C30 e Info25) posiblemente debido al enfoque más específico de las preguntas que componen cada ítem y a la mayor especificidad en el puntaje de cada escala.

Se observan diferentes niveles de calidad de vida global dependiendo del tipo de cáncer que se padezca (Tabla 14). De acuerdo a la literatura la mejor calidad de vida depende de la percepción subjetiva que tenga el paciente sobre su estado de salud, lo que se ve reflejado en los resultados del presente estudio. En la tabla 16 se observa una mejor calidad de vida en los pacientes que presenta un mejor clinical status (menos síntomas y menos postrados), lo que concuerda con otras investigaciones realizadas en diferentes tipos de cáncer donde se

señala que a mayor presencia de dolor y mayor nivel de postración, menor es la calidad de vida de los pacientes (Konstattinidis, *et al*, 2016); (Frick, *et al.*, 2007)

En la tablas 4 a 8 se muestran las correlaciones entre las sub-escalas del Info 25 y las sub-escalas físicas del C30. Interesantemente se observan correlaciones estadísticamente significativas para escala de fatiga, dolor, insomnio y en algunos casos con nausea y disnea. Estos síntomas físicos son los más cercanos a la percepción psicósomática de la enfermedad que puede ser causa de depresión lo que nos puede conllevar a la posible somatización de síntomas que acompañan la enfermedad y haciéndola más difícil de sobrellevar (Frick *et al.*, 2007) (Tagay, Herpertz, LangKajel, Erim y Georges, 2006) (Mogotsi, Kaminer y Stein, 2000).

Junto con lo antes mencionado, los resultados previamente discutidos concuerdan con las tablas 9 y 10 donde se correlaciona la información recibida con las sub escalas físicas del C30. En la tabla 9 se observa una correlación inversa en la satisfacción de información recibida y las escalas de fatiga, dolor e insomnio lo que indica que mientras más satisfecho está el paciente con la información recibida menor insomnio, fatiga y dolor sentirá. Junto con lo antes mencionado, se aprecia una relación indirecta con las sub escalas de función emocional cognitiva y social.

Interesantemente la fatiga, el dolor e insomnio, pueden ser factores predictivos de algunos desordenes ansiosos o de algunos trastornos psicológicos más severos de acuerdo a lo sugerido por la literatura (Frick *et al.*, 2007), (Tagay *et al.* , 2006) (Mogotsi *et al.*, 2000). (Chang y Dan, 2015) (Faller *et al.* ,2017).

De acuerdo a las correlaciones observadas entre las sub-escalas internas del cuestionario C30, se observa consistencia interna entre los resultados arrojados por este cuestionario (tabla 11 y 12) lo que ya ha sido previamente publicado. En éste se observa que la escala

global de calidad de vida se correlaciona significativamente con todas las sub-escalas físicas del mismo cuestionario y a su vez la escala emocional está ligada con todas las sub-escalas físicas menos con la diarrea que es más bien un síntoma clínico. Lo anterior ya ha sido reportado por estudios donde se ha utilizado esta misma herramienta (King,1996); (Irrázaval *et al.*, 2013)

Importante es mencionar que dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el acceso distinto a diferentes unidades de la clínica, la subjetividad de las respuestas en los cuestionarios, mencionado previamente ya por Irrázaval *et al.* (2013), así como la poca profundidad que entregan las respuestas cuantitativas frente a algunas necesidades inminentes detectadas en este estudio.

La presente investigación ha dejado a luz la importancia que tiene de la información entregada a los pacientes en su calidad de vida desde el momento de su diagnóstico. Esto ya ha sido reportado por diferentes investigaciones donde se señala que la información manejada por los pacientes disminuye los niveles de ansiedad y mejora el enfrentamiento al tratamiento así como la calidad de vida. (Konstattinidis *et al.*,2016) (Mogotsi, Kaminer y Stein, 2000). (Tagay *et al.*, 2006) Recordando que el cuestionario C30 ya está validado en (Irrázaval *et al.*, 2013), una importante proyección de éste estudio es el reclutar mayor número de pacientes para validar en Chile en Info25. Determinando las características psicométricas que de este cuestionario, y considerando que se acepta la hipótesis del presente estudio, creemos que es muy importante la proyección de investigaciones futuras consistentes y confiables que ayuden a proponer óptimos programas informativos, con el fin de mejorar la percepción de la calidad de vida de nuestros pacientes con cáncer.

Referencias:

Arrarás, J; Arias de la Vega, F; otros. (2010).Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Los Servicios De Oncología Del Hospital De Navarra. Hospital De Navarra Servicio De Oncología Médica. Pamplona.

Arrarás, J.I., Greimel Eva., Sezer Orhan, Chie WeiChu, Bergenmar Mía, Constantinni Anna, Young Teresay Velikova Galina. (2010). “An international validation study of the EORTC QLQ INFO25 questionnaire: An instrument to asses the information given to cancer patients”. *European Journal of Cancer*. 46: 2726 – 2738.

Arrarás Juan Ignacio, Manterola Ana, Hernández Berta, De la Vega Fernando, Martínez Maite, Villa Marizel y Domínguez Miguel. (2011). “The EORTC Information Questionnaire, EORTC QLQ-INFO25. Validation fro Spanish population”. *Clinical Trans in oncology*. 13. 401-402.

Bárez, M., Blasco, T.y Fernández (2003). La Inducción De Sensación De Control Como Elemento Fundamental De La Eficacia De Las Terapias Psicológicas En Pacientes De Cáncer. *Anales De Psicología*, 19(2), 235. Retrieved from

<https://search.proquest.com/docview/1288753883?accountid=149349>

HF Cruz Bermudez, JE Moreno Collazos - Enfermería 2013 - SciELO España

Calderón Jorge, Campla Cristobal, Aguzan Nicola, Barraza Soledad, Padilla Oslando, Sanchez César, Palma Silvia y Gonzalez Matias. (2014). Prevelence of emotional symtoms in Chilean Oncology patients before the start of chemotherapy: potential of the distress thermometer as an ultra brief screening instrument. *E cáncer medical science*. 16. 437.

Castañeda, C; O'Shea, G (2015). Calidad de Vida y Control de Síntomas en el Paciente Oncológico. Gaceta Mexicana de Oncología. Extraído el 26/ 3/2017, del sitio web: www.sciencedirect.com

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.

Donoso, E., & Cuello, M. (2006). Mortalidad por cáncer en la mujer chilena: análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(1), 10-16.

Symptoms of depression and anxiety as predictors of physical functioning in breast cancer patients: a prospective study using path analysis. *Acta Oncol.* Jun (8) 1-5.

Frick E, Tyroller and Panzer. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross sectional study in a community hospital. *Eur. Can. Care.* Mar (16): 130- 136.

Gobierno de Chile (2016). Ministerio de desarrollo social. Extraído el 01/07/2017, del sitio web: www.ministerio de desarrollo social.gob.cl

Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.*

Gordillo, Torres, Salas and Cervantes. (2017). Mental health determines the quality of life in patients with cancer related neuropathic pain in Quito. *Rev Col. Psichiat.* 46(3): 154- 160.

Gutiérrez, T. K. Psicooncología y Modelo Integrativo paradigmático. Vol. VIII, 2016, 28.

Henríquez G., de Vries E., 26-04-17, El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050, *Revista colombiana de cancerología*, 21(2); 104-112.

Irrázaval M. L., Rodríguez Pia, Fasce Gerardo, Silva Fernando, Waintrub Hernan, Torres Camilo and Marin Luis. (2013). Calidad de vida en cancer de mama: validación del cuestionario Br23 en Chile. *Rev Med de Chile*. 141: 723-734.

Itriago, G. L., Silva, I. N., & Cortes, F. G. (2013). Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 531-552.

King M. T. (1996). Interpretation Scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Quality of Life Research*. Vol 5. 555-563.

Konstattinidis T, Linardakis M., Samonis G. and Philallitis A. 2016). Quality of life of patients with advanced cancer treated in a regional hospital in Greece. *Hippocratic*. 20(2):139-146.

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*

León, H., & Gonzalez, R. A. C. (2008). *El paradigma cuantitativo de la investigación científica* (No. 001.8). e-libro, Corp.

López, A; torres, J. (2013). *Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos*. Universidad de Valladolid. Facultad de enfermería. Extraído 26/3/2017, del sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/TFG-H9>

Mei Feng Chang adm Xiao Dan. (2015). Effectiveness of Mindfulness based therapy on reducing anxiety and depression in patients with cancer. *Medicine*. (94) 897 pp.

Miguel-Tobal JJ, Casado MI. Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. Barcelona. Ariel, 1999; pp91–124.

Mogotsi M, Kaminer D and Stein DJ. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Ann Rev Psychiatry*. Dec (8) 273-282.

Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health psychology*, 5(1).

Nian Shong Chok. (2008). “*Pearson versus spearman’s and Kendall correlation coefitients for continuous data*”. Thesis to obtain Master degree. Winona State University.

Organización Mundial de la Salud (2012). Datos y cifras sobre el cáncer. Extraído el 15 de abril de 2017 del sitio web: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>

Portillo-Guerra, C., & Restrepo, M. (2004). Evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. *Avances en medición*, 2(1), 51-61.

Richardson JL1, Shelton DR, Krailo M, Levine AM, (1990) The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies, *US National Library of Medicine* Feb;8(2):356-64

Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Suplemento), 349-372.

Sansó Soberats, F. J., Alonso Galbán, P., & Torres Vidal, R. M. (2010). Mortalidad por cáncer en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 78-94.

Tagay S., Herpertz S., LangKajel M., Erim Y and Georges R. (2006). Health related quality of life depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Qual Life Res.*15(4): 695-703.

(Vergara A, Oramas A.y Santana S., 2006, El Bienestar Psicológico, Un Indicador Positivo De La Salud Mental, *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 34 2006; 7(1-2):34-9)

Weil Parodi, W. (2015). Sobre los principios éticos recogidos en las pautas del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS): Un análisis acerca de su aplicación a la realidad de la investigación en Chile. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 8(3), 256-259.

World Health Organization. (2012). *International Agency for Research of Cancer*.

Recuperado el 15 de abril de 2017, de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx