

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CONCEPCIÓN-CHILE**



**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS CON
CÁNCER, ADSCRITAS A UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE
CONCEPCIÓN Y SU RELACIÓN CON LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

REGINA VARGAS PATANA

PROFESOR GUÍA: DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

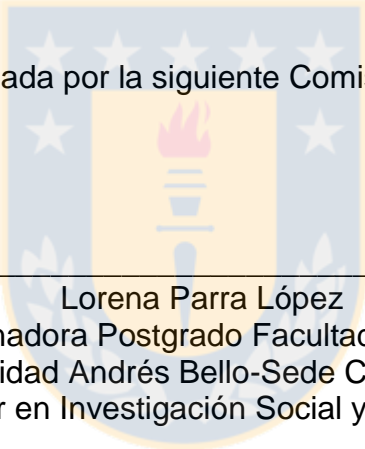
JUNIO 2018

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: _____
Olivia Sanhueza Alvarado
Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

_____ 
Lorena Parra López
Prof. Coordinadora Postgrado Facultad de Enfermería
Universidad Andrés Bello-Sede Concepción
Magíster en Investigación Social y Desarrollo

_____ 
Maritza Espinoza Venegas
Profesor Asociado Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Directora Programa Magíster: _____
Sandra Valenzuela Suazo
Doctora en Enfermería

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por cuidarme, guiar mis pasos y darme fortaleza para poder culminar este proyecto.

A mi familia:

Marthita y Vannia, por todo su amor y apoyo incondicional a lo largo de este tiempo.

A la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCID) del Ministerio de Relaciones Exteriores, por brindarme la oportunidad de realizar este Magíster.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción:

Por haber contribuido de gran manera en mi formación académica durante esta etapa. Así mismo un agradecimiento especial a la Prof. Sandra Valenzuela que me brindó su apoyo incondicional desde antes de llegar a este país.

A mis profesores:

Profesora guía Olivia Sanhueza, por todo su apoyo, paciencia y disponibilidad en el desarrollo de este proyecto. Gracias por compartir sus conocimientos y encaminarme a finalizar este proyecto.
Profesor Luis Luengo, por su apoyo incondicional, paciencia y motivación.

Al Servicio de Oncología del Hospital Las Higueras, quienes me acogieron de la mejor manera.

A la Familia:

Sánchez Aedo y Montalba Matamala que Dios puso en mi camino, que durante todo este tiempo me brindaron apoyo y mucho cariño.

Y a todas las personas en general, que de alguna u otra forma contribuyeron en este proceso.



DEDICATORIA

A mi querida madre, que siempre ha estado presente en cada etapa de mi vida, brindándome su infinito amor y apoyo incondicional, quien se esforzó y sacrificó para brindarme todo lo mejor, preocupándose en todo momento de mi formación profesional.

TABLA DE CONTENIDO

Lista de cuadros	vii
Lista de tablas	viii
Resumen	xi
Abstract	xiii
1. Introducción	1
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del problema	4
2. Marco Referencial	5
2.1 Aspectos epidemiológicos del cáncer	5
2.1.1 Cambios epidemiológicos del cáncer en Chile	6
2.2 Envejecimiento y mujer	8
2.2.1 Envejecimiento en Chile	9
2.3 Cáncer en el adulto mayor	10
2.3.1 Alternativas de tratamiento contra el cáncer para adultos mayores	11
2.3.2 Mujer y cáncer	13
2.4 Calidad de vida	14
2.4.1 Calidad de vida y mujer	16
2.4.2 Calidad de vida en personas con cáncer	17
2.4.3 Dolor en cáncer y calidad de vida	18
2.5 Determinantes Sociales de la Salud	19
2.5.1 Identificación de los determinantes sociales de la salud	21
2.6 Teoría de Enfermería de los Síntomas desagradables	24
2.7 Marco empírico	30
2.8 Objetivos	38
2.9 Hipótesis	38
2.10 Variables	39
2.11 Operacionalización de variables	39
	v

3. Metodología	41
3.1 Tipo de estudio y diseño	41
3.2 Población y/o universo	41
3.3 Unidad de análisis	41
3.4 Tipo de muestreo	41
3.5 Calculo de tamaño muestral	41
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	42
3.7 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información	43
3.8 Instrumento recolector de datos	43
3.9 Confiabilidad de la escala QLQ C-30	44
3.10 Procesamiento y análisis de los datos	45
3.11 Aspectos éticos involucrados	46
4. Resultados	48
5. Análisis y Discusión	76
6. Conclusiones y Recomendaciones	80
7. Limitaciones del estudio	83
Bibliografía	84
Anexos	90
Anexo 1. Información estadística Hospital Las Higueras	91
Anexo 2. Aprobación Comité de Ética Facultad de Enfermería UdeC	94
Anexo 3. Aprobación Comité de Apoyo a la Investigación Hosp. Las Higueras	95
Anexo 4. Consentimiento Informado	97
Anexo 5. Instrumento Recolector de Datos	99
Anexo 6. Autorización de uso de Instrumento QLQ-C30	103

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Proyecciones de envejecimiento poblacional de Chile	1
Cuadro 2. Consistencia interna Escala QLQ-C30 en el estudio	45



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra	48
Tabla 2. Características Clínicas de la muestra	49
Tabla 3. Calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer	50
Tabla 4. Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Rangos de edades de las mujeres de 60 años y más con cáncer S.S. Talcahuano, 2017	52
Tabla 5. Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Tipo de cáncer de las mujeres de 60 años y más con cáncer S.S. Talcahuano, 2017	53
Tabla 6. Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Etapa de la Enfermedad de las mujeres de 60 años y más con cáncer S.S. Talcahuano, 2017	54
Tabla 7. Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Tipo de tratamiento de las mujeres de 60 años y más con cáncer S.S. Talcahuano, 2017	55
Tabla 8. Determinantes sociales de la salud de las mujeres de 60 años y más con cáncer	57
Tabla 9. Análisis descriptivo entre Calidad de Vida y los determinantes Estructurales de la salud (Educación) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	59
Tabla10. Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Estructurales de la salud (Ocupación) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	60
Tabla 11. Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Estructurales de la salud (Ingreso económico) de las mujeres con con cáncer de 60 años y más	61

Tabla 12. Análisis descriptivo entre calidad de vida y los Determinantes Intermediarios de la Salud (Condiciones de la tenencia de la vivienda) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	62
Tabla 13. Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Intermediarios de la salud (estado general de la vivienda) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	64
Tabla 14. Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Intermediarios de la salud (satisfacción de ingreso) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	65
Tabla 15. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Educación Agrupada) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	67
Tabla 16. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Ocupación Agrupada) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.	68
Tabla 17. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Ingreso económico Agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.	69
Tabla 18. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Condición de tenencia de la casa agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.	70
Tabla 19. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Estado general de la vivienda agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	71
Tabla 20. Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Satisfacción de ingreso económico agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más	72

Tabla 21. Correlación entre el Estado de Salud Global con 28 ítems de la escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30	73
Tabla 22. Correlación entre el Estado de Salud Global y áreas de la escala de Calidad de vida EORTC QLQ-C30	75



RESUMEN:

En América Latina y el Caribe el envejecimiento es un proceso generalizado que avanza a distintos ritmos, a su vez involucra una serie de cambios físicos, biológicos y psicológicos que afectan de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. El cáncer está inmerso en estos cambios siendo una de las primeras causas de muerte en Chile y el mundo, siendo el objetivo del presente estudio: evaluar la asociación existente entre los determinantes sociales de la salud y la calidad vida de las mujeres con diversos tipos de cáncer de 60 años y más. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo y correlacional. Se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C30 y de datos sociodemográficos bajo consentimiento informado a 70 mujeres de 60 años y más diagnosticadas con cáncer, de un hospital público de la provincia de Concepción. Los resultados del estudio identifican un perfil cuyo rango de edad osciló entre 60 y 87 años, con residencia urbana la mayoría, más del 50% con nivel de escolaridad básica; una media de evolución del cáncer desde el diagnóstico de 17,24 meses, cáncer predominante de mama, con más del 50% de las encuestadas estaba siendo tratada con quimioterapia. La media del cuestionario EORTC QLQ-C30 correspondiente a estado de salud global, fue de 65,7/100 puntos, que representa una calidad de vida sobre la media. En el área funcional, las áreas de más bajo funcionamiento son la social, seguido del funcionamiento físico. Con respecto al área de los Síntomas, se observan los puntajes más altos y por ende los de mayor sintomatología en dolor y fatiga. Se observa que la calidad de vida de las mujeres de 60 años y más, muestra una relación estadísticamente significativa con 2 Determinantes estructurales (educación y ocupación), y con 3 Determinantes intermedarios (condición de tenencia de vivienda, estado general de la vivienda y satisfacción de ingreso).

Esta relación entre determinantes sociales de la salud y la calidad de vida, permite a los profesionales sanitarios, en especial a enfermería, tenerlos presente al momento

de la valoración y planificación del cuidado de las mujeres, poniendo especial atención en aquellas mujeres con menor nivel de educación y ocupación o en aquellas en que sus condiciones de vivienda e ingreso estén deterioradas, proponiendo estrategias que mejoren su bienestar y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Cáncer, Determinantes sociales de la Salud, Enfermería.



ABSTRACT:

In Latin America and the Caribbean, aging in a generalized process that advances at different rates, in turn, involves a series of physical, biological and psychological changes that directly affect the quality of life of older adults. Cancer is immersed in these changes being one of the leading causes of death in Chile and the world, the aim of this study is: to evaluate the association between the social determinants of health and the quality of life of women with different types of cancer 60 years and older. It was a quantitative, cross-sectional study with a descriptive and correlational approach. The EORTC QLQ-C30 questionnaire and sociodemographic data were applied with informed consent to 70 women aged 60 years and over diagnosed with cancer, from a public hospital in the province of Concepción. The results of the study identify a profile whose age range ranged between 60 and 87 years, with urban residence the majority, more than 50% with basic education level; an average evolution of cancer since the diagnosis of 17.24 months, predominant breast cancer, with more than 50% of the respondents were being treated with chemotherapy. The average of the EORTC QLQ-C30 questionnaire corresponding to the global health status was 65.7/100 points, which represents a quality of life above the mean. In the functional area, the areas of lowest functioning are social, followed by physical functioning. With respect to the area of the Symptoms, the highest scores are observed and therefore those of greater symptomatology in pain and fatigue. It is observed that the quality of life of women aged 60 and over shows a statistically significant relationship with 2 structural determinants (education and occupation), and with 3 intermediate determinants (condition of housing tenure, general state of housing and satisfaction Of income).

This relationship between social determinants of health and quality of life, allows health professionals, especially nursing, to keep them in mind when assessing and planning the care of women, paying special attention to women with a lower level of

health, education and occupation or those in which their housing and income conditions are deteriorated, proposing strategies that improve their well-being and quality of life.

Keywords: Quality of life, Neoplasm, Social Determinants of Health, Nursing.



1. INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional es un proceso generalizado que crece con distintos ritmos de avance. Era una realidad que solo se notaba en países desarrollados, pero en estos últimos años también está presente en países en vías de desarrollo y lo preocupante es su crecimiento acelerado (1,2).

Todos los países de la región de América Latina y el Caribe marchan hacia sociedades más envejecidas, y en los próximos decenios se verá un incremento en el número de personas de 60 años y más (2). Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, se establece que el grupo de 60 años y más en 2014 alcanzó un 11,4% (1,7 millones de habitantes) del total de la población (3). Según el estudio de la Population Reference Bureau (PRB) las proyecciones más actualizadas para el país se publicaron en 2014, donde a nivel de envejecimiento se estima que en 2020, los adultos de 60 años y más representarán 3,2 millones de habitantes, y para el 2050 llegarán a 7,1 millones de personas (4).

Cuadro N°1 Proyecciones de envejecimiento poblacional de Chile

AÑO	N° TOTAL POBLACION EN MILLONES	N° DE POBLACION DE 60+ EN MILLONES
2015	17.8	2.6
2020	18.5	3.2
2030	19.5	4.3
2040	20.1	5.0
2050	20.2	7,1

Fuente: Population Reference Bureau 2014⁴

Este cambio demográfico viene acompañado por la disminución de la natalidad y un rápido envejecimiento al interior del grupo de adultos mayores, debido a que la población de 75 años y más es el segmento de edad que crece de manera vertiginosa (1)(2).

Según los datos demográficos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile (DEIS) hasta el 2015 la esperanza de vida llegaba a los 79 años, y específicamente en el sexo femenino llegaba hasta los 82 años de vida (5).

Según el INE los datos anteriores son el reflejo de una baja tasa de natalidad (15,5 Nacidos Vivos por 100.000 habitantes), y una baja mortalidad (5,4 por 100.000 habitantes). La mejoría de los factores socio-sanitarios a lo largo de años pasados ha sido un elemento central en el aumento de la esperanza de vida (6).



1.1 JUSTIFICACIÓN

En el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y una disminución de la capacidad de adaptación a dichos cambios (7).

La fragilidad del adulto mayor confiere un riesgo elevado de morbilidad, mortalidad y discapacidad, por lo cual es crucial la detección temprana de todos estos riesgos que terminaran por afectar su calidad de vida (8).

Este riesgo de mortalidad está directamente relacionado con diversas patologías, y en el grupo de adultos mayores son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores malignos y las enfermedades del sistema respiratorio (5).

En este sentido, el estudio de la calidad de vida (CV) en pacientes oncológicos es de gran relevancia, debido a que el dolor y el miedo a la muerte, sumados a los cambios en el estilo de vida que suscita al diagnóstico, ocasionan repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales (9).

Estudios relacionan aspectos psicológicos, sociológicos y del entorno con la calidad de vida (9). Sin embargo no hay muchos estudios donde se relacione CV con las condiciones psicosociales y el medio en la que viven las personas, es decir con los llamados Determinantes Sociales de la Salud.

Con estos antecedentes y teniendo en cuenta que el cáncer en Chile es un problema de salud pública relevante dado que comprometería de manera significativa el estilo de vida y el bienestar de los pacientes, se pretende evaluar los determinantes sociales de la salud y como sus diferentes variables afectan la calidad de vida de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

Exponer esta realidad permitirá a los profesionales sanitarios, en especial enfermería, identificar factores que puedan ser mejorados y así a futuro intervenir en la situación de CV, con enfoques más sensibles y fundados, basados en la

percepción de las mujeres adultas mayores con cáncer, para mejorar su bienestar general.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las proyecciones muestran que el grupo de mayores de 60 años seguirá aumentando significativamente en términos absolutos y relativos. El envejecimiento de la población llegará a exigir soluciones a necesidades emergentes en la atención de Salud.

Una de estas necesidades son los tumores malignos que afectan de modo importante a los adultos mayores en general y de forma especial al sexo femenino de este grupo etario que ha sido poco estudiado, en sus efectos en la calidad de vida y en la relación de esa variable con los determinantes sociales de la salud.

Es competencia de los profesionales sanitarios aportar al mejoramiento de servicios de salud a través de un cuidado óptimo y de calidad, para de esa manera mejorar la calidad de vida de los usuarios, en especial la del grupo de adultos mayores.

Al existir escasa evidencia en Chile sobre la relación existente entre la Calidad de vida y las Determinantes Sociales de la Salud de las mujeres de 60 años y más con cáncer, surge la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer?

Esta investigación estuvo enfocada específicamente en la población femenina de adultos mayores que se atendieron en un hospital público de alta complejidad de la provincia de Concepción.

2. MARCO REFERENCIAL

A continuación, se expone el marco conceptual y empírico que fundamentó los resultados de este estudio, abordando conceptos tales como: aspectos epidemiológicos del cáncer, envejecimiento y mujer, cáncer en las mujeres, calidad de vida y determinantes sociales de la salud, además de la teoría de enfermería con la que se analizaron los resultados.

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER

Según el informe de la OMS, en el mundo la esperanza de vida media aumentó cinco años de edad entre el 2000 y el 2015, el mayor incremento desde los años sesenta, con lo que la media de vida global se sitúa en los 71,4 años. Por sexos, la OMS destaca que las mujeres viven mucho más que los hombres en todos los países y regiones del mundo. A nivel mundial, las mujeres viven por término medio unos cuatro años más que los hombres. En 2011 la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 46 países. Concretamente, la esperanza de vida media entre ellas se sitúa en los 73,8 años, mientras que los hombres no alcanzan los 70, ya que su media es de 69,1 años de vida (10).

Según el INE, se estima que para el año 2034 existirán la misma cantidad de adultos mayores que menores de 15 años. Estas cifras llaman la atención y preocupan porque a medida que las personas van envejeciendo se vuelven más vulnerables y requieren más cuidados de su entorno en general; y más aún en el caso del envejecimiento con alguna patología (3).

Las enfermedades no transmisibles que más atacan a este grupo etario son las cardiovasculares y el cáncer. Al mismo tiempo se han transformado en la principal causa de muerte para esta población (11).

En el caso específico de la población femenina de edad avanzada muchos de los problemas de salud que padecen se deben a la exposición a diversos factores de

riesgo durante la adolescencia y etapas anteriores a la edad adulta, como el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación (10).

2.1.1 CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER EN CHILE

Los datos epidemiológicos en Chile señalan que la mortalidad por grandes causas ha experimentado una variación importante debido a diferentes aspectos: al aumento en el nivel de las condiciones de vida, el envejecimiento poblacional, cambios en los estilos de vida y los avances en la provisión de servicios de salud. En 1960 las enfermedades cardiovasculares y las defunciones por cáncer en conjunto no superaban el 18% del total de defunciones mientras que las enfermedades del sistema respiratorio eran responsables de casi 21%. En la actualidad, esta realidad es muy diferente, las muertes por enfermedades respiratorias dan cuenta de menos del 10% del total de defunciones, mientras que las del sistema circulatorio y cáncer llegan en conjunto al 52% (12).

Esta realidad no es homogénea a lo largo del territorio chileno, en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique, Antofagasta y Aisén, el cáncer pasa a ser la primera causa de muerte. Además, nueve de las regiones sobrepasan la tasa de mortalidad por cáncer del país: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos y Magallanes (5).

La tasa de mortalidad según el tipo de cáncer también ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. En el caso de las mujeres, la primera causa de muerte por cáncer en 1990 la ocupaba el cáncer de vesícula, seguido del cáncer de estómago, cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, cáncer de pulmón y cáncer colorrectal. Desde el 2010 el cáncer de mama ocupa el primer lugar y el cáncer de vesícula biliar el segundo, manteniéndose el cáncer de estómago como tercera causa, mientras que el cáncer cérvico uterino pasó a ocupar el sexto lugar (5).

Los registros poblacionales de cáncer en Chile, específicamente en la provincia del Biobío, muestran que los factores de riesgo ambientales se encuentran asociados a las actividades económicas que son desarrolladas en la región, siendo las principales las industrias relacionadas con el rubro forestal y la agricultura. En las industrias destacan las fábricas de cerámica, aserraderos y plantas de celulosa. La población se encontraría expuesta a factores de riesgo asociados a las actividades descritas, como sustancias químicas utilizadas como plaguicidas en las labores agrícolas y forestales, y la exposición a rayos ultravioleta en los trabajos al aire libre, entre otros. La tasa bruta de incidencia (TBI) para hombres es de 226,7 casos nuevos por 100.000 habitantes y para mujeres de 203,3 por 100.000 habitantes. La tasa ajustada de incidencia (TAI) es de 247,3 y 196,5 respectivamente. En los hombres, las mayores tasas las presentan el cáncer de próstata con una tasa de 58 por 100.000 hombres, seguida por el cáncer de estómago con una tasa de 44,2 por 100.000 hombres. Le siguen otros dos cánceres digestivos, el de vesícula y vías biliares y el de esófago con tasas de 12,4 y 10,9 por 100.000 hombres. En las mujeres, la principal localización es el cáncer de mama, con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres, seguido por el cáncer de vesícula y vías biliares, con una tasa de 28 por 100.000 mujeres. En tercer y cuarto lugar aparecen el cáncer de estómago y cuello uterino con tasas de 20,1 y en 19,8 por 100.000 mujeres, respectivamente (13).

El desarrollo científico y tecnológico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad neoplásica ha determinado un importante impacto en la supervivencia y calidad de vida del individuo enfermo, pero no ha logrado modificar sustancialmente el riesgo de muerte a nivel poblacional. Esta razón constituye un incentivo para insistir en las instancias preventivas como estrategia para el eficiente control de este grupo de enfermedades. Se estima que un 25% del total de muertes por neoplasias malignas en Chile es prevenible, ya sea por corresponder a tumores susceptibles de prevención primaria (principalmente los asociados al hábito de fumar), o de pesquisa y tratamiento precoz (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama) (14).

2.2 ENVEJECIMIENTO Y MUJER

La American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, ASCO) indica que el factor de riesgo individual más importante para el cáncer es el envejecimiento (7).

En este proceso de envejecimiento, la depresión y la ansiedad son comunes entre los adultos mayores, pero no son una parte normal. El envejecer es un proceso muy complejo, y cada persona envejece a un ritmo diferente, es así que cuando se habla de adultos mayores, la edad es solo un número, esto significa que su edad real puede no reflejar su edad fisiológica, la cual se estima de acuerdo a cuán bien funciona su organismo tanto a nivel físico como a nivel mental (7).

La calidad del envejecimiento está directamente relacionada con la forma en que las personas satisfacen sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de necesidades es lo que condiciona la llamada “calidad de vida” y ésta a su vez es el fundamento concreto de bienestar social. Desde hace años se viene investigando nuevas teorías del envejecimiento, y se han creado nuevos conceptos teóricos que aportan un mejor entendimiento del proceso del envejecimiento. Uno de esos conceptos es el de “bienestar subjetivo”, que se entiende como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas (15).

Cuando se habla de calidad de vida, no existen estándares universales, pero sí necesidades básicas: nutrición, vivienda digna, derecho a la salud, a la educación, a la seguridad y a la recreación. La satisfacción que experimenta cada persona es el resultado de combinar componentes objetivos y subjetivos, dentro de una escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, que en el caso de la mujer se reconoce que por muchos años ha sido relegada de esta posibilidad de elección (16).

2.2.1 ENVEJECIMIENTO EN CHILE

No solo en Chile si no a nivel mundial el envejecimiento se ha convertido en la etapa más larga de la vida, es la “epidemia moderna”, y esta tendencia sigue en aumento (16).

La vulnerabilidad de la mujer en la etapa de envejecimiento en Chile apunta a la posibilidad de riesgo o situación de desprotección en que se encuentra este sector de la población. Este aspecto se origina a causa de la precariedad económica en que vive la población femenina mayor de 60 años y la falta de recursos para acceder a mejores condiciones de vida, como la educación y una salud que les permita potencializar su desarrollo en esta etapa (17).

La mujer de la Tercera Edad acepta su rol de madre, esposa, abuela y también de hija. Ya que aunque sus hijos se hayan independizado, sus nietos la necesitan, sus padres la demandan como cuidadora y en muchos casos hasta la esclavicen; la mayoría de ellas siguen realizando tareas domésticas, más que los hombres y por lo tanto tienen menos tiempo libre que ellos, debiendo soportar cargas físicas y emocionales que generan con frecuencia agotamiento, angustia y depresión (16). Siendo este último proceso, la depresión, un factor que empeora la calidad de vida de todo paciente (10).

En un país en que todavía existen inequidades de género, se puede colegir que el envejecimiento sea un elemento que afecte la calidad de vida de las mujeres adultas mayores. Según el estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) en 2008 las regiones que presentaban una mayor concentración de pobreza femenina en la vejez son las regiones Metropolitana y del Biobío. Y también esta etapa presenta grados importantes de exclusión educacional por formar parte de generaciones que no experimentaron la universalización de la educación en el país. En efecto, un 11,6% de las mujeres mayores de 60 años no tuvo acceso al sistema educacional formal y un 13,7% de ellas son analfabetas (17).

La inequidad de género en la vejez afectaría de manera negativa la calidad de vida de las mujeres, por ello es importante tomar acciones para producir cambios y así lograr que alcancen esta etapa con una buena calidad de vida, rodeado de condiciones no sólo materiales, sino afectivas, emocionales, de tal forma de vivir en un equilibrio económico, social y espiritual (18).

2.3 CANCER EN EL ADULTO MAYOR

Según la OMS, el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Existen 3 modalidades terapéuticas fundamentales en el tratamiento del cáncer:

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia

Los cuidados paliativos, también conocidos como cuidados de apoyo, son el uso de tratamientos para aliviar los síntomas de una persona, mejorar su calidad de vida y brindar apoyo a los pacientes y sus familiares. Los cuidados paliativos son una parte importante del tratamiento contra el cáncer en un adulto mayor con cáncer y puede brindarse junto con el tratamiento estándar (7).

Resulta importante señalar que 2 tercios de los pacientes con neoplasias reciben radioterapia en algún momento de su tratamiento para destruir las células tumorales, pero los órganos cercanos no están exentos de complicaciones o efectos indeseables, a pesar del desarrollo tecnológico y de los tratamientos que cada día

son más personalizados. Las características de los pacientes mayores de 60 años que presentan esta afección difieren de los que tienen menos edad, por las modificaciones que provoca en el cuerpo humano el envejecimiento (19).

2.3.1 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER PARA ADULTOS MAYORES

- **La cirugía**

En ciertos casos, una cirugía para eliminar el cáncer por completo puede ser una opción. La cirugía también puede usarse para eliminar una parte del cáncer tan grande como sea posible o para dar mayor efectividad a la quimioterapia o la radioterapia. Al igual que las otras alternativas de tratamiento, la cirugía en los adultos mayores supone ciertos riesgos. En algunos casos, dicho riesgo aumenta porque el funcionamiento de diversos órganos y sistemas corporales disminuye con la edad. Antes de optar por una cirugía, deben tenerse en cuenta:

La función cardíaca. La cirugía puede empeorar los problemas cardíacos previos. Dado que las personas mayores pueden presentar cardiopatía y arritmia (latidos irregulares) cuando envejecen y la edad disminuye la capacidad del corazón de tolerar cambios excesivos en la presión, es importante evaluar la función cardíaca antes de realizar una cirugía.

La función renal. Algunos tipos de fármacos son más difíciles de procesar para los riñones. Durante una cirugía, un paciente puede estar expuesto a muchos fármacos y recibir grandes volúmenes de líquidos, lo cual puede provocar problemas en los adultos mayores que tienen problemas renales.

La función hepática. El flujo de sangre hacia el hígado disminuye con la edad, lo cual puede hacer que un adulto mayor tenga mayor riesgo de que se produzca una reacción a un fármaco, en particular a ciertos fármacos que se usan en las cirugías.

La función pulmonar. Como ocurre con otros órganos, los pulmones pierden

volumen a medida que uno envejece. Las afecciones crónicas (a largo plazo), como el enfisema (enfermedad pulmonar que provoca dificultad para respirar) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que produce pérdida de la función pulmonar, ocurren más a menudo en los adultos mayores y pueden complicar la recuperación de la anestesia. La función y la capacidad pulmonar reducida pueden aumentar el riesgo de tener neumonía luego de la cirugía (7).

- **Quimioterapia**

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Puede usarse sola o junto con otros tratamientos, como la cirugía o la radioterapia, dependiendo del tipo de tumor y del alcance de la enfermedad. A diferencia de la cirugía, el tratamiento con quimioterapia puede ser un proceso de largo plazo con muchos ciclos terapéuticos a lo largo del tiempo. Este cronograma puede provocar períodos más largos de debilidad y puede afectar a un adulto mayor con cáncer de forma diferente a como afecta a una persona más joven. Por ejemplo, los adultos mayores tienen mayor riesgo de sufrir efectos físicos secundarios por la quimioterapia, lo cual probablemente afectará su calidad de vida (7).

Efectos secundarios de la quimioterapia. A diferencia de la cirugía y la radioterapia, la quimioterapia afecta a todo el cuerpo, lo cual aumenta el riesgo de que ocurran efectos secundarios. No todos los fármacos tienen los mismos efectos secundarios. Aunque el tipo de efectos secundarios que presentan los adultos mayores y los pacientes más jóvenes son similares, ocurren más a menudo en los adultos mayores. Solo las reacciones adversas a la quimioterapia representan cerca del 10% de los ingresos hospitalarios de personas mayores con cáncer. Los efectos secundarios pueden incluir (7):

- Menor cantidad de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas, lo cual puede aumentar el riesgo de sufrir infecciones, anemia, sangrado y hematomas.
- Problemas estomacales e intestinales, como náuseas, vómitos, diarrea y deshidratación.

- Daños al sistema nervioso que pueden debilitar aún más la capacidad mental de la persona (como el pensamiento y el juicio), empeorar la pérdida de la memoria y causar fatiga y daños nerviosos.

Realizar estudios para detectar los problemas de salud antes de comenzar el tratamiento y ajustar la dosis o el tipo de fármaco durante el tratamiento muchas veces logra minimizar estos efectos secundarios. Es probable también que un adulto mayor tome múltiples medicamentos para tratar otras afecciones médicas que no sean el cáncer. Esto aumenta la probabilidad de que se produzca una interacción entre la quimioterapia y otros fármacos (7).

- **Radioterapia**

La radioterapia puede realizarse antes o después de la cirugía y la quimioterapia o independientemente de aquellas. La mayoría de las personas no son hospitalizadas para este tratamiento, pero pueden ser necesarias visitas frecuentes (a veces diarias) para recibir radioterapia oncológica durante varias semanas. La radioterapia puede ser externa o interna al cuerpo. Los adultos mayores normalmente hacen frente bien a la radioterapia. Los efectos secundarios de la radioterapia dependen del tipo y la dosis de radiación y de la ubicación del cáncer bajo tratamiento. Por ejemplo, la radioterapia para el cáncer de próstata puede provocar efectos secundarios diferentes que la radioterapia para un cáncer en la cabeza o el cuello (7).

2.3.2 MUJER Y CÁNCER

El cáncer es una enfermedad que a menudo cambia el futuro, y el punto de vista acerca de la vida y la muerte. Aunque muchas personas logran adaptarse a este proceso, para la mujer hay una multitud de factores estresantes, que van desde el impacto inicial generado por la noticia de la enfermedad, lo imprevisible de su evolución, el pronóstico de la misma, el efecto de la quimioterapia, hasta la toma de conciencia de la posibilidad de morir (20).

En muchos casos hay una gran variación del estado de ánimo, se percibe una autoimagen negativa debido a los cambios corporales y pérdidas, se presenta desesperanza, una pobre respuesta al apoyo recibido, agitación y deseos de acelerar la muerte (20). Muchos estudios realizados en los aspectos emocionales de la mujer con cáncer han puesto de manifiesto que la dinámica familiar se ve muy afectada, lo que genera sentimientos de aislamiento, falta de comunicación, falta de apoyo emocional, alteración de la interacción, soledad y represión emocional, lo que trae como consecuencia una pérdida afectiva importante, también llega a presentarse restricción de las relaciones humanas, e incapacidad de manifestar sus sentimientos a los otros. La ansiedad y la depresión suelen ser las respuestas psicológicas más comunes y las que más estudios han generado (20).

Estos aspectos van a ser influidos también por el tipo de cáncer que afecta a la mujer. La mujer con cáncer contextualiza los significados sobre su enfermedad según sus concepciones desde la sexualidad, ya que algunas problemáticas de salud son exclusivas del género femenino y están influidas por la percepción que tienen las mujeres de su cuerpo como centro y origen de su enfermedad (20). Por lo anteriormente mencionado, se necesita fomentar y fortalecer estrategias de afrontamiento y habilidades que busquen conseguir la tranquila y progresiva adaptación a los cambios a la enfermedad o a la aceptación de la cercanía de la muerte (20).

2.4 CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada (21).

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) se remonta en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los

investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (21).

Su uso extendido es a partir de los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual (21).

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (21).

Meeberg mencionó que los términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto-reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar CV, agregando además que muchos autores no definen lo que para ellos significa CV, introduciendo confusión acerca de lo que intentan referir (21).

Patrick y Erickson, definen la calidad de vida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (22). Ellos adhieren al concepto de Calidad de Vida de la OMS, donde la calidad de vida se mide en función de la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, sus formas, sus inquietudes; se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (22).

2.4.1 CALIDAD DE VIDA Y MUJER

La mayor expectativa de vida de la mujer ha ido aumentando las posibilidades de realización de proyectos, haciendo que la mujer tenga un desempeño integral durante un periodo mayor. A pesar de eso, el aumento en la esperanza de vida, no ha ido tan paralelo con la mejora en su calidad de vida (23). La percepción de salud, es decir la sensación subjetiva de bienestar y calidad de vida, se ve seriamente afectada en las mujeres, ya que los factores biológicos ligados al sexo, los patrones de socialización, los roles familiares, las expectativas laborales y los tipos de ocupación, son generadores de desigualdades sociales de género y también de desigualdades de salud (23).

Cuando la mujer atraviesa la frontera de la edad mediana, y se acerca a la quinta década, su estado biológico tiende a ser más lábil, por causa de las variaciones fisiológicas naturales del climaterio. En el plano social, la mujer por lo general es el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumentando su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora adultos mayores, así como también de los nietos. Estas jornadas de trabajo en casa no serán las mismas de hace 10 años atrás, hay un incremento en las responsabilidades familiares y sociales, por lo mismo habrá una sobrecarga emocional mayor. En esta etapa de la quinta década es frecuente la postergación de necesidades propias en función de su papel como hija, madre, abuela o esposa; factores que todos juntos darán como resultado efectos físicos en la mujer que generarán una sobrecarga física y mental que favorecerá al proceso de deterioro de la salud femenina (23).

Las conductas relacionadas con la salud son diferentes en las mujeres y en los hombres, en ellos existen conductas de riesgo físico que conllevan a enfermedades o accidentes que pueden llevar a la muerte prematura. En el caso de ellas son sus roles sociales los que tienen una marcada influencia en su salud, y suelen generar problemas crónicos, físicos y mentales, que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración (23).

2.4.2 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON CÁNCER

Las enfermedades cancerígenas o enfermedades neoplásicas tienen una producción de células malignas que pueden desencadenar un cuadro clínico crónico. La mayor parte de estos cuadros son graves y constituyen una amenaza para la vida; representan también un problema significativo para los profesionales de la salud y la psicología de la salud, ya que no sólo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a los familiares y amigos, y al medio en el que se relaciona. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación y supervivencia que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos, y la percepción que tiene de su vida (24).

La calidad de vida del individuo puede verse afectada muchas veces por crisis evolutivas o situacionales que se pueden presentar en las diferentes etapas del ciclo vital de este, las que enfrentan aún más los pacientes con diagnóstico de cáncer (25).

El abordaje empírico de la valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer cómo afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido; y además pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas como el miedo, ira, y ansiedad (26). La calidad de vida de personas con cáncer se ve afectada básicamente porque la enfermedad pasa a formar parte de la vida del paciente y de su entorno familiar, social y laboral, por lo cual las consecuencias no son únicamente físicas (24).

2.4.3 DOLOR EN CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud de las personas, y el dolor forma parte de la vida cotidiana de estos pacientes alrededor del mundo, muchos de los cuales se encuentran hospitalizados por diversas razones. Es el caso de los pacientes con diagnóstico de cáncer, en los que sin duda alguna, la calidad de vida de estos puede verse deteriorada por la intensidad del dolor que perciben o experimentan; asunto que debe ser atendido por el equipo multidisciplinario de las instituciones hospitalarias (27,28).

La prevalencia del dolor por cáncer, ocurre en un tercio de quienes están en tratamiento activo y en más de dos terceras partes de los pacientes con enfermedad avanzada (28).

Pueden coexistir varios tipos de dolor, pero el más frecuente es un dolor crónico, nociceptivo, somático. De forma simplificada el 80% del dolor es de causa tumoral y 20% debido al tratamiento. Sin embargo, hay casi un 10% de otras causas. La causa más frecuente de dolor por cáncer es el debido a las metástasis óseas (cáncer de pulmón, mama, próstata). El dolor visceral puede llegar a ser muy severo, como puede suceder en el de “cáncer pélvico”, prototipo de la concurrencia de los tres tipos de dolor, somático, visceral y neuropático; o en el cáncer de páncreas. El dolor neuropático comprende diversos tipos de dolor de causa neurológica: Plexopatías (braquial, lumbosacra), síndrome de compresión medular, dolor radicular, mononeuropatía, polineuropatías, metástasis leptomeningeas (carcinomatosis meníngea). Las causas mayoritariamente se deben a invasión tumoral directa y/o a metástasis (28).

Por otra parte, el dolor oncológico por su etiología y proyección individual, familiar y social, compromete a todo el personal de salud con el paciente y su familia para mantener o mejorar su calidad de vida hasta el último de sus días. Esto significa un buen manejo del dolor y los cuidados de los síntomas concurrentes; el apoyo del personal de enfermería al paciente y su familia, la identificación del cuidador

primordial que necesitará apoyo específico, preparación para el duelo, consejos y asesoría (29).

El estudio realizado por Sanhueza et al en el año 2007 sobre Calidad de Vida de usuarios del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (AD y CP) en Chile destacaba que un 85,2% de los pacientes ingresa con dolor al Programa de Alivio del Dolor, en que el dolor intenso y severo representaba un 57,5% (21,2% de los usuarios ingresaba con EVA 5-6 y un 36,3% con EVA 7-10, respectivamente). Además que el dolor no disminuye tras la permanencia en el programa, por el contrario se mantiene con similares características. Concluyen que la CV se ve totalmente alterada por este síntoma que resulta ser un factor relacionado estadísticamente con la calidad de vida de las personas adscritas al Programa AD y CP (30).

2.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de las intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones psicosociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así, una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿hasta qué punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? Esta pregunta, planteada por la nueva Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas, e incluso comunidades, para analizar las causas sociales más estructurales (33).

Los determinantes sociales de la salud comprenden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de gran parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de la distribución del

poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión “determinantes sociales” resume el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (34).

El marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones. La definición de salud de la OMS como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (33).

Por otra parte, la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud, que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman (34).

En los últimos años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los que los Determinantes Sociales de la Salud afectan los resultados de salud. Los modelos influyentes incluyen los propuestos por Dahlgren y Whitehead. Estos modelos son particularmente importantes para hacer visibles las formas en las que los Determinantes Sociales contribuyen a las desigualdades en salud entre los grupos de la sociedad (35).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whitehead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas (36).

Para la mayoría de las personas, pensar en la salud y el cuidado de la salud es una cuestión muy personal. Asegurar la salud del público, va más allá de centrarse en el estado de salud de las personas; es un arduo trabajo que enfrentará cambios dramáticos, problemas sistémicos y normas e influencias sociales desafiantes (36).

2.5.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen:

a) El contexto socioeconómico y político

El contexto socioeconómico y político abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente (37). Incluye los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas.

No solo es fundamental reconocer la repercusión de los determinantes sociales sobre la salud de las personas y los grupos de población; también es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud. Así, los

mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, constituyen lo que se denomina como determinantes sociales de las inequidades en salud (37).

b) Determinantes estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (37).

c) Determinantes intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (35).

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. A continuación se proporcionan ejemplos de cada una de estas categorías:

- **Circunstancias materiales:** calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
- **Circunstancias psicosociales:** factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- **Factores conductuales y biológicos:** nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

- **Cohesión social:** la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- **Sistema de salud:** exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas (37). Pudiendo encontrarse aquí la enfermedad del cáncer como elemento que disminuye las probabilidades de las personas de tener un bienestar en salud.



2.6 TEORÍA DE ENFERMERIA DE LOS SINTOMAS DESAGRADABLES

En este estudio se ha seleccionado la Teoría de los Síntomas Desagradables, de Lenz y Pugh, ya que aborda síntomas que están relacionados directamente con el cáncer, tales como el dolor, síntoma de gran relevancia que ha sido determinante para evaluar la calidad de vida de una persona (38).

La teoría de los síntomas desagradables es una teoría de rango medio que fue elaborada e introducida en 1995 por cuatro enfermeras investigadoras (Andrey Gift, Renne Milligan, Linda Pugh, and Elizabeth Lenz) que compartían un mismo interés dentro de la práctica clínica (39).

La teoría de los síntomas desagradables está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación, proporcionando un esquema de organización y fomentando el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos" (38).

Conceptos de la Teoría

La teoría de los síntomas desagradables está compuesta por tres grandes conceptos:

1. **Los síntomas** que experimenta el individuo.
2. **Los factores que influyen o afectan a los síntomas** y que dan lugar a la naturaleza de los síntomas.

3. **Las consecuencias de la experiencia del síntoma.** Cada síntoma se considera una experiencia multidimensional que se puede medir por separado o junto con otros (40).

1. Los síntomas: son el primer componente de esta teoría, y constituye el punto de partida de la misma y por lo tanto se considera el elemento central. Los síntomas son definidos como los indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal como lo experimenta el paciente. Por lo tanto, considera una experiencia subjetiva, pues, sólo es informada por el paciente.

Esta teoría plantea la experiencia de uno o varios síntomas. Un síntoma puede preceder y posiblemente dar lugar a otro síntoma. Cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor, que si se presenta de manera aislada.

Aunque los síntomas difieren entre sí, están relacionadas pues comparten algunas dimensiones, tales como: la intensidad o gravedad, el grado de estrés o ansiedad asociado, el tiempo y la calidad (38,40).

- **La dimensión intensidad o gravedad:** Esta dimensión cuantifica el grado, la fuerza o la severidad del síntoma, y es el aspecto medido con más frecuencia de la experiencia de los síntomas (39).

Dentro de la atención a pacientes oncológicos la dimensión de intensidad o gravedad del síntoma es medido por distintas escalas, uno de los más conocidos y aplicados es la escala del dolor.

- **La dimensión grado de estrés o ansiedad asociado:** se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia y/o angustia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. Claramente, el grado de sufrimiento o angustia experimentado con uno o varios síntomas está relacionado con su

intensidad o tipo de cáncer. También tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al síntoma (39).

- **La dimensión tiempo:** incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. También pueden tener un significado diferente para el individuo que los experimenta. Los síntomas crónicos pueden ser particularmente más angustiosos debido a su duración.

Por lo tanto, para tener una visión de esta dimensión, en los cuidados paliativos de enfermería convendría preguntar a los pacientes en qué momento se manifiestan los síntomas o cuándo son más intensos, desde cuándo lo tiene, si es permanente o varía en el tiempo (39).

- **La dimensión calidad del síntoma:** se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente (39).

2. Los factores influyentes: son el segundo componente de la teoría, donde se identifican tres categorías de variables que influyen en la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados entre sí (39):

- **Los factores fisiológicos:** Son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento.

La teoría afirma que pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas. Por ejemplo, la intensidad de dolor puede estar relacionada con el avance de la enfermedad. La edad tiene que ver con la manifestación de dolor: así los ancianos manifiestan menos el dolor que las personas de edades intermedias o los jóvenes (39). Así también, con respecto a la edad de la persona que padece dolor crónico, en que cuanto mayor sea la edad del paciente, menor será el nivel de funcionamiento mantenido (40).

- **Los factores psicológicos** son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de una enfermedad terminal influirá en la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo. La persona con enfermedad oncológica avanzada que posee recursos cognitivos de afrontamiento presentará una experiencia de síntomas menos intensa que una persona que no posee las habilidades necesarias (39).

- **Los factores situacionales** abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos oncológicos o no oncológicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica. Este aspecto es de reconocida importancia, y es imprescindible, abordar con máximo esfuerzo las demandas de cuidado, pues, se

reconoce que no es posible eliminar la enfermedad (causa de los síntomas), pero sí, poder manejar los factores situacionales que influyen positivamente (o negativamente) en los resultados de la experiencia de los síntomas (39).

Un ejemplo que involucra los 3 factores mencionados previamente, es la enfermedad oncológica, que causa alteraciones fisiológicas, puede comprometer el estado de ánimo (psicológico), y a su vez la falta de apoyo social (situacional) puede determinar una carencia de cuidados, que puede influenciar fuertemente la experiencia del o de los síntomas. En el caso de una persona con cáncer cérvico uterino avanzado por ejemplo, que por su invasión tumoral, presenta compromiso de la función renal y digestiva; las metástasis óseas provocan dolor y dificultad para movilizarse (factor fisiológico); un estado de ánimo depresivo (factor psicológico) se combina con la falta de asistencia oportuna (factor situacional). Por consiguiente, es probable que los síntomas que ella experimenta de dolor, estreñimiento, náuseas y anorexia sean mucho más intensos y angustiosos. Además, la misma situación, condiciona que permanezcan en el tiempo estos síntomas por la falta de asistencia, generando consecuencias más nefastas en la experiencia de los síntomas. Por el contrario según se evidencia, los pacientes oncológicos que presentan mejor experiencia ante los síntomas, son los que perciben mayor apoyo del equipo o satisfacción del cuidado (factor situacional), sumado a un afrontamiento positivo por aceptación de la enfermedad (factor psicológico) (39).

3. Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento: es el último componente de esta teoría, es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma sobre la capacidad del individuo para funcionar que incluye habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional que incluye la comprensión, el aprendizaje, la concentración y la resolución de problemas; y además de la interacción social. Un síntoma o un conjunto de síntomas pueden generar una serie de consecuencias en la experiencia del síntoma. Un síntoma inmediato puede generar resultados primarios o secundarios, inmediatos o

tardíos. Una persona que vive sola y que presenta una metástasis ósea en la columna vertebral, le genera gran dolor e incapacidad para moverse (dimensión física), no podrá relacionarse con el grupo que normalmente frecuenta (dimensión social) generándole un aislamiento social, además de una creciente necesidad de cuidados dependientes (resultados inmediatos y primarios), que de no ser satisfechos podrían deteriorar aún más los resultados de la experiencia de los síntomas (39) y por ende afectar su calidad de vida.

Este concepto, según varios autores, sugiere considerar en esta teoría, los resultados de la experiencia de síntomas como resultados en la calidad de vida de la persona (39).

Se experimentan síntomas desagradables en todas las etapas del cáncer y su interacción, sinergia y complejidad de los mismos es diariamente valorada por el personal de salud en general.

Esta teoría ofrece una amplia gama de usos porque enfatiza la complejidad y la interacción de los síntomas, sus correlaciones, los factores que influyen en los síntomas y los resultados y consecuencias de los síntomas (41).

La teoría de los síntomas desagradables a su vez ayuda a identificar el grado de superposición entre los síntomas en un nivel de abstracción compatible con los diagnósticos e intervenciones de enfermería, es una poderosa herramienta que puede utilizarse para vislumbrar los síntomas neuropsicológicos en los pacientes con cáncer y proporcionar un marco teórico útil y coherente para planificar las intervenciones de enfermería. También alienta a buscar nuevos grupos de síntomas y a proponer intervenciones no farmacológicas para su manejo, con el fin de crear planes de atención más personalizados (41).

2.7 MARCO EMPIRICO

Las investigaciones sobre el envejecimiento han experimentado un avance sin precedentes en los últimos años, los estudios publicados en mayores de 65 años están relacionados con la calidad de vida, describen resultados discrepantes y controvertidos que veremos a continuación.

Un estudio realizado en Colombia publicado en 2017 titulado “Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia” se planteó el objetivo de evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales. Fue un estudio descriptivo con una fase correlacional en un universo de 18.109 viviendas con una muestra de 440 seleccionadas a través de muestreo estratificado por afijación óptima. Como variable dependiente se midió la calidad de vida a través del formulario WHOQOL-BREF y como variables independientes se midieron los determinantes sociales de la salud estructurales e intermediarios (42).

La asociación entre las variables se midió a través de análisis bivariado mediante las pruebas U de Mann Whitney, t de Student, ANOVA y Kruskal Wallis. Los resultados de este estudio muestran que la edad promedio fue de 49 años con una DE=17,2 años, los ingresos mensuales mínimos del hogar fueron de 23 dólares y los ingresos máximos de 23.000 dólares, el 88,9 % pertenecía al estrato socioeconómico alto. El 61,6 % calificaron su calidad de vida como bastante buena. El análisis bivariado mostró asociación ($p < 0,05$) entre la escolaridad y la posición socioeconómica auto percibida con todos los dominios de calidad de vida así como entre los ingresos mensuales del hogar con la salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente y la vinculación laboral con todos los dominios excepto las relaciones sociales. Es así que los determinantes sociales de la salud que se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios fueron, la escolaridad y la posición socioeconómica auto percibida (42).

Un estudio realizado en Chile publicado en 2016 sobre Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama, planteó como objetivo evaluar la CV en sobrevivientes chilenas de cáncer de mama. Participaron 91 mujeres con cáncer de mama, con una edad promedio de 60 ± 10 años, que completaron su tratamiento oncológico al menos un año antes de la evaluación, que estaban libres de enfermedad y en seguimiento médico. Completaron el Cuestionario de Calidad de Vida en pacientes con cáncer, QLQ-C30, de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) y el módulo de cáncer de mama QLQ-BR23. Los resultados evidencian que 48 % de las encuestados eran sobrevivientes a largo plazo (más de cinco años). Las puntuaciones globales de CV fueron altas ($73,6 \pm 18,2$), la escala emocional fue la que tuvo la puntuación más baja respecto al resto obteniendo un valor ($=72,1$). Los síntomas con las puntuaciones más altas que alteraban la calidad de vida fueron: Insomnio ($= 21.2$), dolor ($= 20.8$) y fatiga ($= 19.1$). La imagen corporal, la función sexual y la preocupación por el futuro fueron los problemas más relevantes. La imagen corporal fue superior en pacientes con cirugía conservadora de mama ($p = 0,008$), y la función cognitiva fue mejor en pacientes en estadio temprano de la enfermedad ($p = 0,03$) y en aquellos con más de cinco años de supervivencia ($p = 0,04$), cuando las puntuaciones globales de CV eran altas, algunos síntomas eran frecuentes (43). Se puede observar que pese a que el resultado de CV global fue bueno, los síntomas asociados a las terapias, insomnio, dolor y fatiga, siguen afectando, al menos, a un cuarto de las pacientes. Todos estos síntomas requieren un manejo integral, incluyendo síntomas afectivos (43).

Otro estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, publicado en 2015, con el objetivo de determinar la calidad de vida en mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino de la ciudad de Cartagena, Colombia, de una institución pública de salud de primer nivel de complejidad. Se incluyeron mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino en tratamiento, excluyendo a aquellas que, además del diagnóstico, tenían otra patología o estaban en condiciones críticas. El tamaño muestral por conveniencia fue de 106 mujeres. Se utilizaron dos cuestionarios de la EORTC: el QLQ-C30 y el QOL-CX24, que es un cuestionario complementario y

específico para medir calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino. Se midió edad, procedencia, estado civil, número de hijos, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y la calidad de vida según los dos cuestionarios (44). Entre los principales resultados están: promedio de edad de 41,3 años (DE \pm 12,5 años); todas las mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 a 3; el mayor impacto negativo de la enfermedad según el QLQ-30 se observa en las mujeres de estrato 1. Los aspectos más afectados de la calidad de vida son los relacionados con sus actividades sociales (51,9 %), así como el estado de funcionamiento físico, la interferencia del tratamiento en su vida familiar (48,1 %), y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2 %). En la función psicológica, el 87,7 % de las mujeres se han sentido preocupadas por su enfermedad. Para la escala específica QOL-CX-24, se encontró que en la dimensión sexual, el 70,7 % ha tenido molestias o irritación vaginal que interfieren en su desempeño. Concluyendo que el cáncer de cuello uterino afecta de manera importante la calidad de vida de las pacientes que lo padecen (44).

Un importante estudio realizado en Chile publicado en 2014 por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) sobre Calidad de Vida en la Vejez, describe los principales resultados de la calidad de vida de las personas mayores en el país, divididos en cinco capítulos: bienestar general, situación económica y laboral, condiciones de salud, participación y actividades sociales, y relaciones sociales y familiares, más un sexto capítulo sobre los factores determinantes asociados a la mejora o disminución de la calidad de vida. Además, incluye un capítulo sobre el Índice de Calidad de Vida en la Vejez, construido especialmente a partir de estos resultados y que permite reconocer la calidad de vida a nivel global de este grupo etario. Este estudio tuvo por objetivo principal dar cuenta de las condiciones de vida de las personas mayores en este país, como de su bienestar subjetivo. Para evaluar este nivel de bienestar se realizaron preguntas sobre satisfacción general con la vida y en torno a diversos ámbitos específicos de esta. Asimismo, se incluyeron indicadores tendientes a evaluar síntomas depresivos y la percepción de aislamiento social, a lo que se suman preguntas que ahondan en las principales preocupaciones

manifestadas por parte de la población mayor. En general, se observa un alza sostenida de la percepción de bienestar entre 2007 y 2013, pasando respectivamente de un 56% a un 63% de personas mayores que expresaron sentirse muy satisfechos(as) o satisfechos(as) con su vida. Las necesidades de “alimentación”, “vivienda” y “de afecto y cariño” son las que mayor satisfacción reportan los(as) encuestados(as), ya que son las que sienten tiene más cubiertas (45).

Por otra parte, las principales preocupaciones se mantienen desde 2007, correspondiendo específicamente a: “que fallezca un familiar querido”, “tener que depender de otras personas” y “enfermarse gravemente”. En cuanto a los síntomas depresivos, destaca la disminución de personas mayores que indican “preferir quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas”, que pasa de un 60% el 2010 a un 54% en 2013. Finalmente, con respecto a la sensación de aislamiento social, el 25% de las personas mayores encuestadas sostiene que se siente “excluido o dejado de lado por los demás” y “aislado de los demás”, a la vez, que un 40% siente “que le falta compañía”. Esta percepción de aislamiento es mayor entre las personas con menor nivel educativo. Sin embargo, contrario a lo que se podría pensar, no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres ni tampoco por edad, en relación a esta sensación de exclusión social (45). El resultado más importante de este estudio es el incremento de la satisfacción con la vida que se registra en la población mayor, que ha mejorado sistemáticamente en el último sexenio pasando de 56% en 2007 a 59% en 2010 y ahora a 63% en esta última versión de 2013. En todas las demás áreas de evaluación, particularmente en atención de salud, necesidades de vivienda y soporte familiar, la satisfacción de los mayores se ha mantenido relativamente estable, sin variaciones significativas. Este resultado concuerda con el ciclo de prosperidad económica que ha vivido el país (45).

Otro estudio realizado en Estados Unidos publicado en 2013 por el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer del Instituto Americano de Cáncer (WCRF/AICR), con el objetivo de evaluar si la adhesión a las recomendaciones realizadas en un anterior estudio se podrían asociar con la calidad de vida relacionada con la salud entre las

mujeres ancianas sobrevivientes de cáncer (46). Se identificaron un total de 2.193 mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer (1986 a 2002), en Iowa. Se calculó una puntuación de adherencia a la recomendación en un rango de 0 a 7, asignando un punto para cada uno de las siete recomendaciones. Las puntuaciones de resumen de componentes físicos (PCS) y mentales (MCS) de la Encuesta de Salud Short Form-36 de Medical Outcomes Study se compararon con las puntuaciones de adherencia de la recomendación (46). Los resultados dieron una puntuación media de adherencia de 4,0 en general; una mayor adherencia a las directrices del WCRF / AICR se asociaron significativamente con mejor PCS y MCS después de ajustar por edad, educación, estado civil, número de comorbilidades, tabaquismo, estadio de cáncer y tratamiento actual del cáncer. La adherencia a la recomendación de actividad física se asoció con mayor PCS y MCS después de ajustar por factores demográficos y médicos, el índice de masa corporal y la adherencia a las recomendaciones dietéticas. Para la recomendación de peso corporal, la adherencia se asoció con mayor PCS pero MCS más baja, mientras que la adherencia a las recomendaciones dietéticas se asoció con un MCS más alto solamente (46). Las conclusiones señalan que siguiendo las pautas de estilo de vida saludable relacionado con prevención del cáncer, se puede mejorar la calidad de vida entre las mujeres ancianas sobrevivientes de cáncer, aun estando en etapa de tratamiento y rehabilitación del cáncer, siendo la actividad física un factor clave del estilo de vida para mejorar la calidad de vida (46).

El estudio realizado en Colombia publicado en 2013 sobre Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ C30, planteó realizar la medición de la CV en personas con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga, permitiendo establecer la percepción general del individuo a los procesos de salud – enfermedad, al tratamiento instaurado y la percepción de la salud. El estudio fue realizado por la Fundación de Alivio contra el Cáncer, AVAC. La muestra estuvo conformada por 40 personas de los cuales el 45% (n=18) estaba hospitalizada y el 55% (n=22) pertenecían al programa ambulatorio. La edad promedio fue $60,98 \pm 11,5$ años, el sexo predominante fue femenino (72,5%), el tiempo promedio de evolución del cáncer $4,68 \pm 5,17$ años, el

cáncer predominante fue el de mama en el sexo femenino y próstata en el masculino, el promedio del puntaje global del cuestionario EORTC QLQ-C30 fue de 60 ± 9.3 puntos, los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menor puntaje fue el mieloma múltiple y el cáncer de próstata (47). Por otra parte, los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos posteriores a la medición de la CV, se asociaron a la presencia de quimioterapia, alteraciones en el patrón de eliminación de los pacientes, con presencia de dispositivos para la eliminación como es el caso de colostomías, etc. Asimismo se ha documentado la presencia de fatiga en estos pacientes, que disminuye la capacidad para la realización de actividades de la vida diaria (47).

Otro estudio realizado en México publicado en 2012 describió la utilidad de la encuesta EORTC QLQ-C30 en el tamizaje de riesgo de desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. La investigación fue de tipo transversal - analítico con validación de prueba diagnóstica en un grupo de 30 pacientes con cáncer de cabeza y cuello en diferentes etapas clínicas a través de un muestreo consecutivo. Los resultados mostraron una edad promedio de 60,7 años, con una DE=9,3. En la Calidad de Vida Global obtuvieron un promedio de 64 puntos con una DE=12; en las escalas de Funcionamiento (Social y Emocional) presentaron valores menores en comparación al resto, con un promedio de 63 puntos con una DE=28) y 67 puntos con una DE=22, respectivamente. En las escalas de síntomas mostraron mayor grado de sintomatología de estreñimiento con un valor de 38 puntos con una DE=30; dolor con 32 puntos y una DE= 25; Insomnio con 28 puntos y DE=27. En cuanto al impacto económico mostro un promedio de 64 puntos con DE=32 (48). Este trabajo destaca la importancia del cuestionario EORTC QLQ-C30, al tomar en cuenta como se ve afectado el paciente en su calidad de vida por las modificaciones en la autoimagen corporal (alteraciones en cabeza y cuello), y su impacto en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros aspectos correspondientes al padecimiento personal como es el dolor, la deglución, la respiración, que inciden en las capacidades de las personas afectadas. Esta aproximación al impacto de los tratamientos sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello,

se realiza desde la perspectiva del manejo multidisciplinario (médicos oncólogos, radioterapeutas, nutriólogo, odontólogo, psicólogo, enfermera y al rehabilitador físico entre otros) que debe prevalecer en este grupo de pacientes (48).

Una publicación en 2010 realizado en Canadá titulado “Importancia de las facetas de la calidad de vida para los adultos mayores: una investigación internacional”, describe la importancia relativa de 38 facetas de la Calidad de Vida para los adultos mayores (QOL-Old) en 22 países, por sexo, grupo de edad y estado de salud. Para ello se realizó un análisis secundario de los datos del estudio piloto WHOQOL-Old. Los cuestionarios se distribuyeron por correo o en persona. Las pruebas t independientes para las diferencias entre las medias se calcularon entre las puntuaciones de importancia por sexos, grupos de edad y participantes sanos / no sanos. El análisis de regresión múltiple jerárquica se utilizó para identificar qué facetas QOL explicó la importancia de la QOL global (49). Los resultados muestran que de los 7.401 adultos mayores de 22 países (media 73,1 años), el 57,8% eran mujeres y el 70,1% eran “saludables”. Si bien existen diferencias significativas en la importancia de las diversas facetas de la calidad de vida en función del sexo, la edad y el estado de salud; cuando estas variables fueron controladas en un análisis de regresión múltiple por etapas, las facetas de calidad de vida más importantes fueron tener energía, ser feliz, tener buen funcionamiento de los sentidos, y estar libre de dolor. Concluyeron que al parecer muchos de los aspectos físicos de la calidad de vida como la energía, la ausencia de dolor, la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y de moverse, son particularmente importantes para los adultos mayores (49).

Un estudio realizado en México durante 2008, reportó 127,604 nuevos cánceres casos, 6,347 de ellos fueron casos de cáncer colorrectal y 4,276 No Hodgkin casos de linfoma (NHL). El objetivo era evaluar la salud relacionada Calidad de vida en el linfoma No Hodgkin y el cáncer colorrectal, casos en diferentes etapas clínicas, atendidos en una Alta Especialidad Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante un período de 13 meses período. 162 pacientes fueron incluidos,

56.8% (n= 92) con NHL y 43.2% (n= 70) con cáncer colorrectal. Los puntajes obtenidos en el grupo NHL fue: Estado de salud global / QoL: 67.75 (27.55), funcionamiento físico 69.64 (29.98), funcionamiento de rol 71.38 (33.73), funcionamiento emocional 69.7 (26.57), funcionamiento cognitivo 75.36 (28.01), funcionamiento social 79.35 (29.38), fatiga 35.27 (28.27), náuseas y vómitos 13.41 (21.85), dolor 28.08 (30.25), disnea 19.20 (32.11), insomnio 30.80 (38.03), pérdida de apetito 26.45 (36.16), estreñimiento 19.20 (32.11), diarrea 12.32 (26.48), dificultades financieras 26.09 (35.57). En el grupo de pacientes con cáncer colorrectal los puntajes fueron: Estado de salud global / CdV: 68.21 (24.46), funcionamiento físico 67.38 (30.45), funcionamiento de rol 65.48 (35.70), funcionamiento emocional 66.43 (26.84), funcionamiento cognitivo 78.57 (26.49), funcionamiento social 75.24 (31.05), fatiga 37.78 (31.62), náuseas y vómitos 20.00 (28.32), dolor 37.38 (34.45), disnea 11.90 (26.64), insomnio 28.09 (35.73), pérdida de apetito 23.81 (36.40), estreñimiento 19.05 (32.88), diarrea 20.95 (31.17), dificultades financieras 34.76 (38.67). Con los resultados obtenidos se llegó a la conclusión que es importante un seguimiento con especial atención a los procesos de tratamiento y asistencia, en pacientes con estas neoplasias y su impacto en la calidad de vida (50).

Concluyendo en relación a los diversos estudios presentados, estos dejan como evidencian la disminución de la percepción de CV de los personas que atraviesan un cáncer, se establece la existencia de factores como la educación el estado socioeconómico, la edad, la vivienda y algunos síntomas como la fatiga y el dolor, que pueden afectar su calidad de vida, influyendo sustancialmente en la recuperación del mismo. Por otra parte, se concluye la importancia que tiene que el equipo de salud valore integralmente al individuo, con el fin de planear las actividades del cuidado de la salud.

2.8 OBJETIVOS

Objetivo general.-

Evaluar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad vida de las mujeres con cáncer de 60 años y más, en un hospital público de la provincia de Concepción.

Objetivos específicos.-

- 1) Describir la calidad de vida de mujeres de 60 años y más con cáncer.
- 2) Describir los determinantes sociales de la salud de las mujeres de 60 años y más con cáncer.
- 3) Determinar las relaciones existentes entre calidad de vida y los Determinantes sociales de la salud de las mujeres mayores de 60 años y más con cáncer.

2.9 HIPÓTESIS

H0: Los determinantes sociales de la salud que no se relacionan con la calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años con cáncer, son la educación y la ocupación.

H1: Los determinantes sociales de la salud que se relacionan con la calidad de vida de las mujeres mayores de 60 años con cáncer, son la educación y la ocupación.

2.10 VARIABLES

Variable dependiente

- Calidad de vida

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Determinantes Sociales de la Salud (Estructurales e Intermediarios)

2.11 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	SUB-VARIABLE	INSTRUMENTO
Calidad de Vida	Percepción que un individuo tiene acerca de su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y de su relación con los elementos esenciales de su entorno.	Estado de Salud Global	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado global de salud 	Escala de CV QLQ- C30
		Área de Funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Función Física ✓ Actividades cotidianas ✓ Rol emocional ✓ Función cognitiva ✓ Función social 	
		Área de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fatiga ✓ Dolor ✓ Náuseas y vómitos ✓ Disnea ✓ Insomnio ✓ Anorexia ✓ Estreñimiento ✓ Diarrea ✓ Impacto económico 	

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	SUB- VARIABLE	INSTRUMENTO
Edad	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos	✓ 60 y + años	Ficha de Datos Sociodemográficos
Determinantes Sociales de Salud	Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.	 Determinantes Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación ✓ Ingreso económico ✓ Ocupación 	Ficha de Datos Sociodemográficos
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condiciones de la vivienda ✓ Ubicación de la vivienda ✓ Potencial de consumo 	
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de salud 	

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio de tipo cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo y alcance correlacional.

3.2 Población y/o Universo

El universo lo constituyó la población de mujeres diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer, que ingresaron a un hospital público de la provincia de Concepción, cuya cobertura poblacional comprende comunas del área urbana y rural, durante el año 2016. Según la información estadística proporcionada por el encargado de Transparencia del mismo hospital, correspondió a 283 mujeres (Ver anexo 1).

3.3 Unidad de análisis

Mujeres de 60 años y más diagnosticadas con cáncer ingresadas al hospital.

3.4 Tipo de muestreo

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.5 Calculo de tamaño muestral

El tamaño de la muestra se calculó considerando regresión lineal múltiple, considerando 6 variables explicativas, según los siguientes criterios de cálculo de tamaño de muestra:

Tablas de Cohen: Con tamaño de efecto mediano se sugiere $n=97$

Harris: $n=50 + (n^\circ \text{ de predictores}) = 50 + 6 = 56$

Green: $n= 50+8*(n^\circ \text{ de predictores}) = 50 + 8*6= 98$

Feinstein: $n=20*(\text{términos en la ecuación})= 120$

Con los valores anteriores y considerando la compleja situación de salud de las personas que participarían en el estudio, se consideró obtener un valor muestral mayor de 56 y menor a 120 personas. El tamaño de la muestra definitiva obtenida fue de 70 mujeres.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Para seleccionar a los sujetos de estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres con diagnóstico de cáncer que desearon participar en el estudio, en cualquier etapa de la enfermedad.
- ✓ Mujeres de 60 años y más.
- ✓ Mujeres ingresadas al hospital.
- ✓ Mujeres que hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Mujeres sin diagnóstico de alteraciones mentales o emocionales.

Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres con otros diagnósticos que no sea cáncer.
- ✓ Mujeres menores de 60 años
- ✓ Mujeres no ingresadas al hospital.
- ✓ Mujeres que no hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Mujeres con diagnóstico de alteraciones mentales o emocionales

3.7 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

Posterior a la emisión de la aprobación por parte del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería (Anexo 2) y del Comité de la Unidad de Apoyo a la Investigación del hospital (Anexo 3), se contactó a los profesionales encargados del Servicio de Oncología (Enfermero Coordinador), para realizar el proceso de contactar a las participantes.

La recolección de información se realizó por medio de una entrevista a las mujeres, en la Unidad de Oncología del Hospital. A cada una de las mujeres se les explicaba el objetivo y las características del estudio, solicitándoles firmar el Consentimiento Informado (Anexo 4). Si la persona aceptaba participar debía firmar el Consentimiento Informado, para luego aplicar el Instrumento Recolector de Datos.

3.8 Instrumento recolector de datos

El instrumento estuvo constituido por un cuestionario estructurado sobre datos sociodemográficos, características clínicas y la escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30 (Anexo 5).

El cuestionario sobre datos sociodemográficos incluía los datos de identificación de la persona encuestada y datos como: edad, estado civil, ocupación, grado de escolaridad, estrato socioeconómico, estadio de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, en semanas, además de aspectos como percepción de ingresos económicos y percepción de la vivienda, entre otros.

La escala QLQ-C30 es un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en personas con cáncer. Se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas, y en población chilena fue aplicado por Irrázaval y Cols (43), cuya consistencia interna fue evaluada con el coeficiente α de Cronbach, donde las variables mostraron el siguiente resultado: Salud global (0,88), Funcionamiento físico (0,70), Funcionamiento emocional (0,90), Funcionamiento de rol (0,85),

Funcionamiento cognitivo (0,68), Funcionamiento social (0,76), Fatiga (0,82), Dolor (0,83) y en la variable Náusea y Vómito no obtuvieron coeficiente α pues el ítem 15 tuvo una varianza igual a 0.

Esta escala está compuesta por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer. Este cuestionario evalúa la CV de la última semana al momento de la aplicación. Se encuentra estructurado en 1 escala de Estado de Salud Global, 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, funcionamiento de rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómito), y por último 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Se solicitó autorización para su uso a la EORTC (Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer) (Anexo 6).

Las preguntas o ítems de este cuestionario tienen las siguientes opciones de respuesta: puntajes entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho). Solo en los ítems 29 y 30 se evaluaron con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizaron y se obtuvo un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente en cada una de las escalas. Los valores altos en las escalas de salud global y estado funcional indican una mejor CV, mientras que en la escala de síntomas los valores altos indican disminución de CV, ya que revela la presencia de sintomatología asociada al cáncer.

3.9 Confiabilidad de la Escala QLQ C-30

La confiabilidad de la escala QLQ C-30 en el presente estudio, se evaluó calculando la consistencia interna con el coeficiente α de Cronbach, donde la mayoría de sus variables obtuvieron coeficientes superiores a 0,70, salvo dos: funcionamiento

cognitivo con un $\alpha = 0,55$ y funcionamiento social con un $\alpha = 0,53$. En el siguiente cuadro se observa los resultados obtenidos de la confiabilidad de las variables:

Cuadro N° 2: Consistencia interna Escala QLQ-C30 en el estudio

VARIABLE	Alpha de Cronbach
Salud global	0,754
Funcionamiento físico	0,799
Funcionamiento de rol	0,740
Funcionamiento emocional	0,733
Funcionamiento cognitivo	0,555
Funcionamiento social	0,531
Fatiga	0,728
Dolor	0,764
Náusea-vómito	0,883

Fuente: Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de Concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud. Vargas, Regina. 2018.

3.10 Procesamiento y análisis de los datos

Esta etapa se realizó por medio del software SPSS-22, con el cual se confeccionó la base de datos y se analizaron los datos de las variables en estudio y las relaciones entre estas, a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Para describir las variables sociodemográficas se realizó análisis descriptivo univariado a través de tablas de frecuencias y gráficos pertinentes (variables cualitativas), y para las variables cuantitativas se describieron con medidas de resumen (medidas de tendencia central y de dispersión). Posteriormente se realizó análisis de la variable Calidad de vida (escala) comenzando con análisis de fiabilidad (consistencia interna global y por dimensiones, a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach) y luego análisis descriptivo por ítem y por el valor global de la escala. A continuación se realizó análisis bivariado comparando medias con prueba t

y ANOVA, para la confirmación de la hipótesis (en el caso de no cumplirse supuestos se realizaron pruebas no paramétricas correspondientes), y para la asociación entre variables cuantitativas u ordinales, se calcularon coeficientes de correlación (coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman). Para los contrastes se consideró una significancia del 0,05.

3.11 Aspectos éticos involucrados

Con el fin de no vulnerar la integridad de los individuos que participaron del presente estudio, esta investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no realizó procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral de las personas participantes del estudio. Se contó con el Consentimiento Informado (Anexo 4) de participación voluntaria en el estudio, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Comité de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital.

Los resguardos éticos del estudio se sustentaron en los siete requisitos éticos propuestos por Ezequiel Emanuel (51).

1. Valor, el presente estudio promueve la mejora de la calidad de vida de los población de adultos mayores que sufren de cáncer, cuya población está en aumento.
2. Validez científica, la propuesta de investigación elaborada presenta una estructura metodológica coherente y bien fundamentada en información actualizada respecto a Chile y el mundo. Presenta un objetivo general y objetivos específicos que responden al objetivo general. El instrumento recolector de datos contiene una escala que esta validada en Chile y utilizada por el MINSAL en su guía GES Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos 2011. La muestra fue por conveniencia en un número que permitió realizar los análisis estadísticos propuestos.

3. Selección equitativa del sujeto, el estudio trabajó con mujeres adultas mayores, en base a consentimiento informado que presentaran cáncer, en una muestra por conveniencia.
4. Proporción favorable de riesgo beneficio, el resultado no solamente esperaba favorecer la creación de nuevas estrategias de mejora en la atención en salud en las pacientes mayores con cáncer, si no que a todos los pacientes que tengan este diagnóstico. Así también, si la participante durante la entrevista hubiera presentado algún síntoma físico, se constituía en razón suficiente para suspender la entrevista e inmediatamente contactar a un personal de salud para su pronta atención. Los beneficios se espera se vean reflejados utilizando los resultados del estudio, cumpliendo con el principio de la beneficencia.
5. Evaluación independiente, el presente estudio fue revisado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción así como también por el Comité de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital.
6. Consentimiento informado, todos los sujetos que formaron parte de este estudio fueron informados sobre la finalidad, los riesgos y los beneficios de esta investigación, los cuales una vez informados decidieron libremente participar del estudio o no, de esta manera se respetó a la persona y su autonomía.
7. Respeto a los sujetos inscritos, los participantes del estudio fueron libres de cambiar de opinión y a retirarse aun habiendo firmado el consentimiento informado, sin efectos de ninguna especie con respecto a su atención en salud. Toda información obtenida de los participantes se ha manejado de acuerdo a las normas de confidencialidad.

Este estudio fue realizado de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 20.120 y 20.584, ambas leyes vigentes en Chile. La información obtenida será utilizada solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

4. RESULTADOS

Los datos fueron ingresados y analizados estadísticamente con el programa SPSS V.22, realizando el análisis descriptivo y correlacional. Fueron encuestadas 70 mujeres de 60 años y más con diferentes tipos de cáncer, todas cumplieron con los criterios de inclusión.

Tabla N°1: Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	N	%
Edad	60 – 64	20	28,6
	65 - 69	15	21,4
	70 – 74	15	21,4
	75 – 79	12	17,2
	≥ 80	8	11,4
Residencia	Urbano	62	88,6
	Rural	8	11,4
Estado civil	Casada	22	31,4
	Viuda	21	30
	Soltera	15	21,4
	Separada	9	12,9
	Divorciada	3	4,3
Nivel de escolaridad	Ninguno	3	4,3
	E. Básica	35	50
	E. Media	23	32,9
	Técnico	5	7,1
	Universitario	4	5,7

Fuente: Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de Concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud. Vargas, Regina. 2018.

Comentario: La edad osciló entre 60 y 87 años, la media fue de 69,9 con una desviación estándar (DE)= 6,8 años. Las adultas mayores de 60 a 64 años constituyeron un poco más de un cuarto de la población encuestada, siendo el subgrupo más numeroso de toda la muestra. Más de tres cuartos de las encuestadas residía en el área urbana y más de la mitad de las mujeres no contaba con una pareja. Solo el 31,1% de ellas estaba casada. Con respecto al nivel de escolaridad

alcanzado, 3 personas no tuvieron la oportunidad de cursar la escuela y la mitad de las encuestadas cursó solo la enseñanza básica.

Tabla N°2: Características Clínicas de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Tipo de cáncer	Mama	21	30
	Cérvico-uterino	9	12,9
	L. no Hodgking	8	11,4
	Colorrectal	8	11,4
	Mieloma múltiple	6	8,6
	Gástrico	4	5,7
	Pulmón	3	4,3
	Ovario	2	2,9
	Faringe	2	2,9
	Riñón	1	1,4
	Esófago	1	1,4
	Vesícula	1	1,4
	Hepático	1	1,4
	Peritoneal	1	1,4
	Páncreas	1	1,4
L. de Hodgking	1	1,4	
Etapas de la enfermedad	Etapas I	1	1,4
	Etapas II	18	25,7
	Etapas III	30	42,9
	Etapas IV	21	30,0
Tipo de tratamiento	Quimioterapia	37	52,9
	Radioterapia	16	22,9
	Alivio del dolor	13	18,6
	Control	6	8,6

Fuente: ídem Tabla N° 1.

Comentario: En cuanto a los aspectos clínicos, el cáncer que más predominó entre la población encuestada fue el cáncer de mama, seguido del cáncer cérvico-uterino y en tercer lugar estaría el Linfoma no Hodgking. En cuanto a aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes estaba en etapa tumoral

avanzada, estadio III y IV, siendo el estadio III que obtuvo el porcentaje más alto de evolución del cáncer. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la aplicación de la encuesta osciló entre 1 y 95 meses, la media del tiempo de diagnóstico fue de 17,24 con una (DE=19,02) meses. Más de la mitad de las encuestadas estaba siendo tratada con quimioterapia.

A continuación se exponen los resultados en base a los objetivos del estudio.

Objetivo N° 1: Describir la calidad de vida de mujeres de 60 años y más con cáncer.

Tabla N° 3: Calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer.

EORTC QLQ C-30	Media	DE
Estado de Salud Global*	65,7	18,4
Funcionamiento físico*	65,6	23,1
Funcionamiento del rol*	72,4	30,1
Funcionamiento emocional*	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo*	78,1	24,2
Funcionamiento social*	63,8	27,7
Dolor**	46,7	23,7
Fatiga**	43,7	26,1
Insomnio**	33,3	32,1
Estreñimiento**	31,9	34,7
Impacto económico**	31,4	33
Anorexia**	25,7	30,1
Disnea**	20,5	29,1
Nausea y vomito**	14,8	25,8
Diarrea**	7,6	19

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Los promedios son expresados en puntajes entre 0 y 100.

En el área funcional *, a mayor puntaje, mejor funcionalidad.

En el área de síntomas**, a mayor puntaje, mayor sintomatología.

Comentario: Los resultados obtenidos del estado de Salud Global en las mujeres de 60 años y más, indicó un resultado cercano a 66 de 100 puntos, considerada levemente alta en su percepción, según los Valores de Referencia (VR) publicadas por la EORTC.

El área funcional que obtuvo mejor rendimiento en las encuestadas fue la del funcionamiento cognitivo, y por el contrario las áreas de más bajo funcionamiento fueron el área social y la de funcionamiento físico. Con respecto al área de los Síntomas, aquí se observó que los de mayor sintomatología son el dolor y la fatiga. Y el síntoma que menos puntaje obtuvo corresponde a diarrea. Por último, el ítem de “impacto económico” obtuvo un puntaje bajo, indicando que no existiría mayor percepción de impacto económico.

Con respecto al área de los Síntomas, se observó los puntajes más altos, reflejando mayor sintomatología en dolor y fatiga. Y el síntoma que menos puntaje obtuvo corresponde a diarrea. Por último, el ítem de “impacto económico” obtuvo un puntaje bajo, indicando una baja percepción de impacto económico por el cáncer.

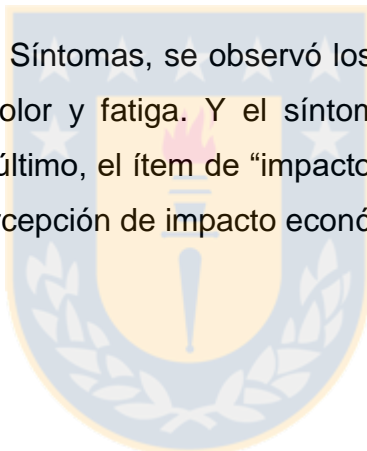


Tabla N° 4: Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Rangos de Edades de las mujeres de 60 años y más con cáncer. S.S. Talcahuano, 2017.

QLQ C-30 EORTC	EDAD											
	60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y más		Total	
	n = 20		n = 15		n = 15		n = 12		n = 8		n = 70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	65,8	15,0	68,9	21,2	57,8	19,5	73,6	18,4	62,5	15,4	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	63,3	20,7	75,6	19,0	63,1	28,5	66,7	17,3	55,8	30,4	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	75,0	31,3	74,4	26,6	71,1	37,5	70,8	23,7	66,7	33,3	72,4	30,2
Funcionamiento emocional	68,8	23,9	63,9	21,8	66,7	25,6	68,1	14,1	59,4	17,5	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	68,3	28,6	87,8	19,4	84,4	17,2	72,2	25,0	81,3	24,3	78,1	24,2
Funcionamiento Social	63,3	27,4	67,8	29,9	64,4	30,8	62,5	22,6	58,3	30,9	63,8	27,7
Fatiga	41,1	21,7	40,7	26,5	45,2	30,7	40,7	16,0	56,9	18,3	43,7	23,7
Dolor	53,3	16,8	38,9	31,3	43,3	25,8	40,3	29,7	60,4	26,6	46,7	26,1
Nausea y Vomito	7,5	13,8	17,8	29,2	27,8	33,1	8,3	28,9	12,5	14,8	14,8	25,8
Disnea	18,3	29,6	22,2	34,9	26,7	33,8	8,3	15,1	29,2	21,4	20,5	29,1
Insomnio	31,7	31,5	33,3	28,2	22,2	27,2	44,4	41,0	41,7	34,5	33,3	32,1
Anorexia	15,0	17,0	26,7	33,8	35,6	40,8	33,3	28,4	20,8	24,8	25,7	30,1
Estreñimiento	35,0	36,6	31,1	36,7	35,6	36,7	19,4	36,1	37,5	21,4	31,9	34,7
Diarrea	0,0	0,0	8,9	19,8	20,0	27,6	2,8	9,6	8,3	23,6	7,6	19,0
Impacto Económico	38,3	29,2	37,8	41,5	17,8	24,8	33,3	34,8	25,0	34,5	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida según rango de edad, mostraron que en el Estado de Salud Global, el grupo que obtuvo menor puntaje y por ende, peor salud, es el de 70 a 74 años. En el área de funcionalidad, en cuatro áreas (físico, rol, emocional y social) de 5 evaluadas, las pacientes del rango de edad de ≥ 80 años, son las que obtuvieron los más bajos puntajes con respecto al resto de las mujeres. En el área de los Síntomas, se observó que en 4 síntomas (fatiga, dolor, insomnio y estreñimiento) de 8, fue también el grupo de ≥ 80 años que presentaron la mayor sintomatología. Con respecto al impacto económico el grupo de 60 a 64 años fue el grupo que más impacto económico refirió comparado al resto.

Tabla N° 5: Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Tipo de cáncer de las mujeres de 60 años y más con cáncer. S.S. Talcahuano, 2017.

QLQ C-30 EORTC	TIPOS DE CANCER													
	Mama		Cérvico-uterino		L. no Hodgking		Colorrectal		Mieloma Múltiple		Gástrico		Total	
	n=21		n=9		n=8		n=8		n=6		n=4		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	68,7	15,8	55,6	15,6	68,8	10,7	62,5	20,9	70,8	11,5	47,9	26,7	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	60,6	17,9	75,6	17,6	65,8	26,0	74,2	19,0	45,6	29,0	65,0	19,1	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	76,2	28,7	70,4	30,9	81,3	18,8	83,3	15,4	55,6	36,0	70,8	47,9	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	65,5	24,0	56,5	23,5	66,7	16,7	70,8	20,4	68,1	13,4	81,3	14,2	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	69,0	27,0	85,2	17,6	87,5	23,1	83,3	17,8	69,4	24,5	83,3	33,3	78,1	24,2
Funcionamiento Social	59,5	27,7	59,3	33,4	75,0	23,6	68,8	22,6	52,8	34,0	54,2	39,4	63,8	27,7
Fatiga	39,2	25,7	45,7	22,5	43,1	19,2	37,5	25,2	59,3	15,2	55,6	32,7	43,7	23,7
Dolor	57,1	20,1	44,4	27,6	35,4	18,8	43,8	25,1	55,6	22,8	50	33,3	46,7	26,1
Nausea y Vomito	13,5	22,7	14,8	10,0	4,2	7,7	2,1	5,9	13,9	22,2	20,8	31,5	14,8	25,8
Disnea	20,6	28,8	33,3	40,8	4,2	11,8	8,3	15,4	5,6	13,6	58,3	16,7	20,5	29,1
Insomnio	30,2	31,5	29,6	20,0	29,2	41,5	33,3	39,8	55,6	34,4	33,3	38,5	33,3	32,1
Anorexia	19,0	27,0	25,9	27,8	16,7	25,2	16,7	25,2	33,3	42,2	58,3	31,9	25,7	30,1
Estreñimiento	31,7	28,8	44,4	37,3	20,8	35,4	16,7	35,6	22,2	34,4	8,3	16,7	31,9	34,7
Diarrea	4,8	15,9	14,8	24,2	12,5	24,8	4,2	11,8	16,7	27,9	16,7	33,3	7,6	19,0
Impacto Económico	34,9	34,1	25,9	36,4	20,8	24,8	16,7	30,9	22,2	27,2	50	33,3	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida según los tipos de cáncer, mostró que en el Estado de Salud Global, el grupo que obtuvo menor puntaje y por ende, peor salud, es el grupo de mujeres que tenían cáncer gástrico. En el área de funcionalidad, en tres áreas (físico, rol y social), de 5 evaluadas, las pacientes con diagnóstico de Mieloma Múltiple, fueron las que obtuvieron los más bajos puntajes con respecto a los otros tipos de cáncer. En el área de los síntomas, se observó que en 3 de 8 síntomas, el grupo de mujeres que tenía cáncer gástrico y Mieloma múltiple fueron las que presentaron mayor sintomatología. Con respecto al impacto económico el grupo de mujeres con cáncer gástrico es el grupo que más problemas económicos refirió, comparado al resto.

Tabla N° 6: Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Etapa de la Enfermedad de las mujeres de 60 años y más con cáncer. S.S. Talcahuano, 2017.

QLQ C-30 EORTC	ETAPA DE LA ENFERMEDAD									
	Etapa I		Etapa II		Etapa III		Etapa IV		Total	
	n=1		n=18		n=30		n=21		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	33,3	.	72,7	16,4	65,0	18,5	62,3	18,2	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	80,0	.	68,1	26,2	73,1	16,9	52,1	23,3	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	100,0	.	78,7	29,0	75,0	27,9	61,9	33,0	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	83,3	.	69,0	21,9	65,3	19,8	63,9	23,9	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	100,0	.	78,7	21,2	80,0	27,5	73,8	22,1	78,1	24,2
Funcionamiento Social	66,7	.	67,6	28,3	62,2	29,3	62,7	26,3	63,8	27,7
Fatiga	22,2	.	38,9	20,6	43,0	22,7	49,7	27,4	43,7	23,7
Dolor	66,7	.	42,6	26,3	44,4	26,7	52,4	25,4	46,7	26,1
Nausea y Vomito	0,0	.	12,0	20,5	14,4	24,3	18,3	32,4	14,8	25,8
Disnea	0,0	.	11,1	25,6	26,7	32,0	20,6	26,8	20,5	29,1
Insomnio	0,0	.	38,9	28,6	32,2	33,3	31,7	34,1	33,3	32,1
Anorexia	0,0	.	22,2	32,3	30,0	29,5	23,8	30,1	25,7	30,1
Estreñimiento	66,7	.	33,3	36,2	25,6	32,4	38,1	36,9	31,9	34,7
Diarrea	0,0	.	13,0	23,3	4,4	14,5	7,9	20,8	7,6	19,0
Impacto Económico	66,7	.	18,5	30,7	32,2	30,9	39,7	35,9	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionado con la etapa de la enfermedad, mostró que en el área de Salud Global las mujeres que percibieron peor salud se encontraban en la etapa IV. Con respecto al área de funcionalidad, en 4 áreas de 5 evaluadas (Físico, de rol, emocional y cognitivo), las que obtuvieron menor puntaje también fueron las que estaban atravesando por la etapa IV. En el área de los síntomas, se observó que el grupo que presentó mayor sintomatología son las mujeres que atravesaban la etapa IV, presentando mayores puntajes en 4 síntomas de 8 evaluadas (específicamente en fatiga, dolor, náusea/vómitos, estreñimiento). En cuanto al impacto económico el grupo de mujeres que atravesaban la etapa IV son las que más problemas económicos refirieron comparado al resto.

Tabla N° 7: Análisis descriptivo según Áreas de la Escala de Calidad de Vida y Tipo de tratamiento de las mujeres de 60 años y más con cáncer. S.S. Talcahuano, 2017.

QLQ C-30 EORTC	TIPO DE TRATAMIENTO							
	Quimioterapia		Radioterapia		Otros (Alivio del dolor/control)		Total	
	n=37		n=16		n=19		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	66,2	17,1	63,5	21,3	65,8	20,0	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	68,5	22,5	67,5	23,7	61,4	24,6	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	71,2	33,0	72,9	31,0	73,7	25,0	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	64,6	18,7	55,2	22,7	76,3	20,8	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	83,3	23,9	64,6	28,5	79,8	15,3	78,1	24,2
Funcionamiento Social	63,5	27,7	68,8	26,4	63,2	29,7	63,8	27,7
Fatiga	46,2	25,9	42,4	20,8	41,5	23,7	43,7	23,7
Dolor	43,7	25,3	50,0	27,2	50,9	29,6	46,7	26,1
Nausea y Vomito	18,0	28,2	11,5	25,6	14,9	28,3	14,8	25,8
Disnea	20,7	30,8	25,0	35,5	19,3	25,6	20,5	29,1
Insomnio	36,9	32,2	37,5	31,9	24,6	31,1	33,3	32,1
Anorexia	26,1	29,5	27,1	32,7	26,3	34,4	25,7	30,1
Estreñimiento	30,6	35,5	45,8	40,1	28,1	29,9	31,9	34,7
Diarrea	7,2	17,8	6,3	18,1	8,8	21,8	7,6	19,0
Impacto Económico	33,3	35,1	35,4	28,5	28,1	33,8	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada al tipo de tratamiento, mostraron que en el área de Salud Global las mujeres que percibieron peor salud son las que habían recibido radioterapia, ya que obtuvieron el menor puntaje. Con respecto al área de funcionalidad, fueron 2 áreas de 5 evaluadas (la emocional y la cognitiva), las que obtuvieron menor puntaje, siendo también las que recibieron radioterapia. También las pacientes que estaban en alivio del dolor obtuvieron menor puntaje en 2 áreas de 5 evaluadas (en lo físico y lo social).

En el área de los síntomas, se observó que el grupo que presentó mayor sintomatología fueron las mujeres que recibieron radioterapia, ya que presentaron mayores puntajes en 4 síntomas de 8 evaluadas (disnea, insomnio, anorexia y

estreñimiento). Con respecto al impacto económico las mujeres que recibieron tratamiento de radioterapia fueron las que más problemas económicos evidenciaron comparado al resto.



Objetivo N° 2: Describir los determinantes sociales de salud de las mujeres de 60 años y más con cáncer.

Tabla N° 8: Determinantes sociales de la salud de las mujeres de 60 años y más con cáncer.

Tipo de determinante	Variable	Categoría	n	%
Determinantes Estructurales	Educación	Ninguno	3	4,3
		E. Básica	35	50
		E. Media	23	32,9
		Técnico	5	7,1
		Universitario	4	5,7
	Ocupación	Activa	4	5,8
		Desempleada	2	2,9
		Dueña de casa	15	21,4
		Jubilada/Pensionada	49	70
	Ingreso económico	< 100	5	7,1
		101 – 200	40	57,1
		201 – 300	13	18,6
		301 – 400	3	4,3
401 – 500		2	2,9	
501 – 600		1	1,4	
No percibe		6	8,6	
Determinantes Intermediarios	Condición de la tenencia de vivienda	Propia	54	77,1
		Arrendada	5	7,1
		Allegada con familia	9	12,9
		Allegada con ajenos	2	2,9
	Servicios de la vivienda	Agua potable	67	95,7
		Energía eléctrica	70	100
		Gas	68	97,1
		Telefonía	40	57,1
		Internet	30	42,9
		Cable	48	68,6
		Transporte publico	65	92,9
		Transporte privado	17	24,3
	Estado general de la vivienda	Buena	44	62,9
		Regular	25	35,7
		Mala	1	1,4
	Satisfacción de ingreso	Si	10	14,3
		No	49	70
		En forma regular	11	15,7
	Previsión de salud	Fonasa tramo A	8	11,4
		Fonasa tramo B	51	72,9
Fonasa tramo C		4	5,7	
Fonasa tramo D		7	10,0	

Fuente: Ídem Tabla N° 1

Comentario: En el grupo de las Determinantes Estructurales, se observó que más de la mitad de la población encuestada solo cursó la enseñanza básica y algunas no recibieron instrucción académica de ningún tipo. La mayoría de las mujeres estaban jubiladas/pensionadas, y un porcentaje mínimo se mantenía activa laboralmente. El ingreso económico mensual que percibían fue de 101,000 a 200,000 pesos chilenos por mes. Estando un gran porcentaje de ellas no satisfecha con este ingreso.

En el grupo de los Determinantes Intermediarios, con respecto a los servicios básicos de las viviendas, una gran mayoría contaba con luz eléctrica, agua potable, gas y transporte público (del orden del 93% y más). Más de tres cuartos de las encuestadas contaba con casa propia y un porcentaje mínimo vivía de allegada con personas ajenas a su familia.

Con respecto al estado físico y general de sus viviendas, la autopercepción de las encuestadas fue buena. Todas las encuestadas estaban afiliadas al sistema de salud FONASA, la mayoría correspondía al tramo B.

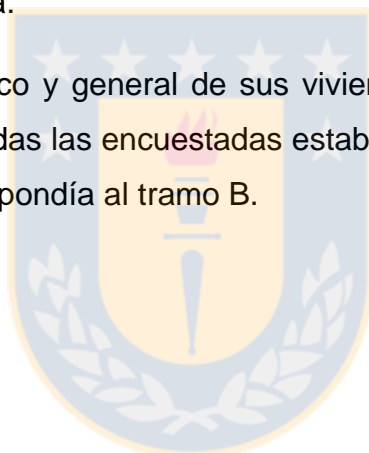


Tabla N° 9: Análisis descriptivo entre Calidad de Vida y los determinantes Estructurales de la salud (Educación) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales											
	EDUCACIÓN											
	Ninguno		Enseñanza Básica		Enseñanza Media		Técnico		Universitario		Total	
	n=3		n=35		n=23		n=5		n=4		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	72,2	29,3	66,7	18,9	63,8	17,7	66,7	16,7	62,5	19,8	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	46,7	23,1	60,8	23,4	73,9	18,6	72,0	29,6	66,7	27,2	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	72,2	19,3	71,0	33,9	72,5	28,7	86,7	18,3	66,7	27,2	72,4	30,2
Funcionamiento emocional	50,0	16,7	67,9	19,7	63,4	26,0	76,7	16,0	64,6	10,5	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	61,1	34,7	75,7	26,0	78,3	22,7	93,3	9,1	91,7	9,6	78,1	24,2
Funcionamiento Social	38,9	25,5	63,8	26,7	68,8	30,3	60,0	27,9	58,3	21,5	63,8	27,7
Fatiga	59,3	17,0	43,8	23,6	45,9	24,5	28,9	25,6	36,1	21,0	43,7	23,7
Dolor	61,1	41,9	48,1	25,2	46,4	27,0	23,3	14,9	54,2	21,0	46,7	26,1
Nausea y Vomito	0,0	0,0	13,8	27,0	15,2	27,0	30,0	27,4	12,5	8,3	14,8	25,8
Disnea	22,2	38,5	23,8	30,9	15,9	28,2	13,3	18,3	25,0	31,9	20,5	29,1
Insomnio	66,7	33,3	36,2	32,7	26,1	31,7	33,3	23,6	25,0	31,9	33,3	32,1
Anorexia	33,3	33,3	24,8	27,2	17,4	29,9	46,7	38,0	50,0	33,3	25,7	30,1
Estreñimiento	33,3	33,3	28,6	33,5	39,1	38,5	33,3	33,3	16,7	33,3	31,9	34,7
Diarrea	0,0	0,0	7,6	19,9	10,1	21,2	6,7	14,9	0,0	0,0	7,6	19,0
Impacto Económico	44,4	50,9	31,4	32,3	33,3	31,8	26,7	43,5	16,7	33,3	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionado con los determinantes estructurales (educación), mostró que en el área de estado de Salud Global, las mujeres que percibieron peor salud fueron las que recibieron instrucción universitaria, ya que obtuvieron el menor puntaje con respecto al resto.

En cuanto al área de funcionalidad en 4 áreas de 5 evaluadas (Física, emocional, cognitiva y social) las mujeres que obtuvieron un menor puntaje fueron las que no recibieron instrucción académica de ningún tipo.

En el área de los síntomas, se observó que el grupo que presentó mayor sintomatología son las mujeres que no recibieron instrucción académica, ya que presentaron mayores puntajes en 3 síntomas de 8 evaluadas (Fatiga, dolor e insomnio). Con respecto al impacto económico las mujeres que más problemas económicos percibieron comparado al resto, fueron las que no recibieron instrucción académica.

Tabla N° 10: Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Estructurales de la salud (Ocupación) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales											
	OCUPACION											
	Obrera		Trabajo cuenta propia		Jubilada/ Pensionada		Desempleada		Dueña de casa		Total	
	n=2		n=2		n=49		n=2		n=15		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	66,7	23,6	50	23,6	65,6	19,1	66,7	11,8	67,8	16,9	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	76,7	4,7	80	0	62,2	23,3	86,7	9,4	70,7	24,1	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	41,7	11,8	91,7	11,8	69	30,8	100	0	81,1	28,1	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	70,8	17,7	91,7	11,8	63,4	20,5	50	11,8	72,8	23,9	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	75	35,4	100	0	75,9	25	66,7	47,1	84,4	18,3	78,1	24,2
Funcionamiento Social	66,7	0	66,7	0	61,9	28,9	83,3	23,6	66,7	28,2	63,8	27,7
Fatiga	44,4	0	33,3	15,7	47,2	23,8	22,2	0	36,3	25	43,7	23,7
Dolor	50	0	58,3	11,8	46,3	26,8	16,7	23,6	50	26	46,7	26,1
Nausea y Vomito	0	0	0	0	18	26,5	0	0	10	26,6	14,8	25,8
Díscnea	33,3	47,1	16,7	23,6	21,8	30,1	0	0	17,8	27,8	20,5	29,1
Insomnio	50	23,6	0	0	34	31,5	50	70,7	31,1	32	33,3	32,1
Anorexia	16,7	23,6	0	0	29,9	30,6	0	0	20	30,3	25,7	30,1
Estreñimiento	16,7	23,6	50	23,6	31,3	35	16,7	23,6	35,6	38,8	31,9	34,7
Diarrea	0	0	0	0	8,8	21,3	16,7	23,6	4,4	11,7	7,6	19
Impacto Económico	33,3	47,1	50	23,6	38,1	34	0	0	11,1	20,6	31,4	33

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionado con los determinantes estructurales (Ocupación), mostró que en el área de estado de Salud Global, las mujeres que percibieron peor salud fueron aquellas cuya ocupación es “trabajo por cuenta propia”, ya que obtuvieron el menor puntaje con respecto al resto. En el área de funcionalidad, las mujeres que estaban jubiladas/ pensionadas obtuvieron los puntajes más bajos en dos 2 áreas (físico y social) de las 5 evaluadas. Y las mujeres desempleadas obtuvieron los puntajes más bajos en dos áreas funcionales (Emocional y Cognitiva).

Con respecto al área de los síntomas, se observó que el grupo que presentó puntajes altos en varios de los síntomas son las mujeres que estaban

Pensionadas/Jubiladas, ya que presentaron mayores puntajes en 4 síntomas de 8 evaluadas (Fatiga, Dolor, Anorexia, Estreñimiento), así como también las mujeres obreras que presentaron puntajes altos en 4 síntomas: Fatiga, Dolor, Disnea e Insomnio. En cuanto al impacto económico las mujeres que más impacto económico percibieron comparado al resto fueron aquellas que trabajaban por cuenta propia.

Tabla N° 11: Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Estructurales de la salud (Ingreso económico) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales															
	INGRESO ECONOMICO															
	< 100,000		101,000 - 200,000		201,000 - 300,000		301,000 - 400,000		401,000 - 500,000		501,000 - 600,000		No percibe		Total	
	n=5		n=40		n=13		n=3		n=2		n=1		n=6		n=70	
Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Estado de Salud Global	70,0	24,7	66,3	18,1	65,4	18,9	66,7	14,4	58,3	23,6	75,0	0,0	59,7	21,4	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	58,7	38,7	65,2	23,3	63,1	17,8	80,0	0,0	60,0	47,1	46,7	0,0	77,8	16,1	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	56,7	45,0	72,5	28,9	73,1	30,8	88,9	19,2	66,7	47,1	33,3	0,0	83,3	25,8	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	68,3	18,1	64,8	22,0	70,5	21,1	69,4	17,3	54,2	29,5	66,7	0,0	65,3	27,6	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	76,7	9,1	75,0	27,0	83,3	20,4	100,0	0,0	75,0	35,4	83,3	0,0	77,8	25,1	78,1	24,2
Funcionamiento Social	40,0	30,3	65,4	28,1	73,1	18,7	72,2	19,2	41,7	35,4	33,3	0,0	61,1	34,4	63,8	27,7
Fatiga	44,4	28,3	44,2	22,9	38,5	24,7	44,4	11,1	55,6	47,1	66,7	0,0	42,6	29,3	43,7	23,7
Dolor	50,0	33,3	43,8	27,7	48,7	12,7	33,3	16,7	58,3	35,4	83,3	0,0	55,6	34,4	46,7	26,1
Nausea y Vomito	3,3	7,5	14,2	23,4	14,1	31,8	16,7	16,7	41,7	35,4	16,7	0,0	19,4	40,0	14,8	25,8
Disnea	40,0	36,5	15,8	27,2	17,9	25,9	33,3	0,0	33,3	47,1	66,7	0,0	22,2	40,4	20,5	29,1
Insomnio	20,0	29,8	38,3	33,4	35,9	31,8	33,3	33,3	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7	27,9	33,3	32,1
Anorexia	20,0	18,3	24,2	30,2	25,6	30,9	44,4	19,2	33,3	47,1	66,7	0,0	22,2	40,4	25,7	30,1
Estreñimiento	40,0	36,5	32,5	38,1	30,8	28,7	22,2	19,2	16,7	23,6	0,0	0,0	38,9	39,0	31,9	34,7
Diarrea	0,0	0,0	12,5	23,5	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	23,6	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	19,0
Impacto Económico	33,3	40,8	35,0	32,9	30,8	37,2	0,0	0,0	16,7	23,6	0,0	0,0	33,3	29,8	31,4	33,0

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los determinantes estructurales (Ingreso económico), señalaron que las mujeres que recibían un ingreso económico de 401,000 a 500,000 pesos chilenos por mes, fueron las que obtuvieron el menor puntaje en el área de Estado de salud global, y por ende fueron las que percibieron peor estado de salud.

Con respecto al área de funcionalidad, en 3 áreas de 5 evaluadas (Física, Rol y Social), las mujeres que recibían de 501,000 a 600,000 pesos chilenos al mes,

fueron también las que menor puntaje obtuvieron.

En el área de los síntomas, el grupo de mujeres que mayor sintomatología presentaron en 4 síntomas de 8 evaluadas (fatiga, dolor, disnea y anorexia), fueron las que recibían 501,000 a 600,000 pesos chilenos al mes.

Con respecto al impacto económico las mujeres que más impacto económico presentaron comparado al resto, fueron las que recibían un ingreso económico de 101,000 a 200,000 pesos chilenos al mes.

Tabla N° 12: Análisis descriptivo entre calidad de vida y los Determinantes Intermediarios de la Salud (Condiciones de la tenencia de la vivienda) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios									
	CONDICIONES DE LA TENENCIA DE LA VIVIENDA									
	Propia		Arrendada		Allegada con familiares		Allegada con ajenos		Total	
	n=54		n=5		n=9		n=2		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	68,1	17	60	23,1	53,7	22,1	70,8	5,9	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	66,2	24	77,3	10,1	56,3	23,4	63,3	4,7	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	71,6	32,6	60	19	79,6	18,2	91,7	11,8	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	65,9	21,3	63,3	18,3	74,1	19,7	41,7	35,4	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	79,6	23,3	80	21,7	77,8	26,4	33,3	0	78,1	24,2
Funcionamiento Social	65,4	28,2	56,7	14,9	64,8	30,6	33,3	0	63,8	27,7
Fatiga	44,4	24,4	40	20,2	38,3	24,9	55,6	0	43,7	23,7
Dolor	46,3	28	46,7	13,9	48,1	22,7	50	23,6	46,7	26,1
Nausea y Vomito	17	27,9	0	0	13	18,2	0	0	14,8	25,8
Disnea	21	29,9	20	29,8	22,2	28,9	0	0	20,5	29,1
Insomnio	32,7	30	40	36,5	29,6	38,9	50	70,7	33,3	32,1
Anorexia	25,3	29,6	26,7	27,9	29,6	38,9	16,7	23,6	25,7	30,1
Estreñimiento	31,5	33,9	40	43,5	37	38,9	0	0	31,9	34,7
Diarrea	9,9	21,1	0	0	0	0	0	0	7,6	19
Impacto Económico	28,4	33,3	40	27,9	48,1	33,8	16,7	23,6	31,4	33

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionado con los determinantes Intermediarios (Condiciones de la tenencia de la vivienda), señalaron que las mujeres que vivían de allegadas con sus familiares, fueron las que obtuvieron el menor puntaje en el área de Estado de salud global, y por ende fueron quienes percibieron peor estado de salud.

Con respecto al área de funcionalidad, en 3 áreas de 5 evaluadas (Emocional, Cognitivo y Social), las mujeres que vivían de allegadas con ajenos, fueron las que menor puntaje obtuvieron.

En el área de los síntomas, el grupo de mujeres que mayor sintomatología presentaron en 3 síntomas de 8 evaluadas (Fatiga, Dolor e Insomnio), fueron las que vivían de allegadas con ajenos a su familia.

En cuanto al impacto económico, las mujeres que más reportaron impacto económico comparado al resto, fueron las que vivían de allegadas con sus familiares.



Tabla N° 13: Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Intermediarios de la salud (estado general de la vivienda) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios							
	ESTADO FÍSICO GENERAL DE LA VIVIENDA							
	Buena		Regular		Mala		Total	
	n=44		n=25		n=1		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	70,6	14,7	58	21,3	41,7	0	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	69,4	22,8	59,5	23	53,3	0	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	78,4	25,3	61,3	35,6	83,3	0	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	68	20,6	63,7	22,7	41,7	0	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	83,3	21,9	69,3	26,2	66,7	0	78,1	24,2
Funcionamiento Social	67	24,8	57,3	31,9	83,3	0	63,8	27,7
Fatiga	38,6	20,3	51,6	27,4	66,7	0	43,7	23,7
Dolor	40,5	25,8	56,7	24,1	66,7	0	46,7	26,1
Nausea y Vomito	12,1	21,1	20	32,6	0	0	14,8	25,8
Disnea	14,4	20,8	30,7	38,4	33,3	0	20,5	29,1
Insomnio	28	32,1	41,3	30,9	66,7	0	33,3	32,1
Anorexia	18,9	24,3	36	35,9	66,7	0	25,7	30,1
Estreñimiento	29,5	33,1	34,7	37,9	66,7	0	31,9	34,7
Diarrea	8,3	20,5	6,7	16,7	0	0	7,6	19
Impacto Económico	30,3	35,1	33,3	30,4	33,3	0	31,4	33

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los determinantes Intermediarios relacionado al estado físico general de la vivienda, mostraron que las mujeres que percibieron mal estado general de la vivienda tuvieron más bajo puntaje en la percepción del Estado de Salud Global, en el Funcionamiento Físico, Emocional y Cognitivo. Las mujeres que percibieron estado regular de la vivienda, tuvieron más bajo puntaje en el Funcionamiento de Rol y Social. Así también estas mujeres, que percibieron que el estado físico general de la vivienda era malo, tuvieron en el área de los síntomas, 6 áreas con altos puntajes,

evidenciando mayor compromiso en: Fatiga, Dolor, Disnea, Insomnio, Anorexia, Estreñimiento.

Con respecto al impacto económico, las mujeres que obtuvieron mayor puntaje en comparación al resto, fueron las que tenían una percepción regular del estado general de su vivienda, y por ende son las que refirieron mayores problemas económicos.

Tabla N°14: Análisis descriptivo entre calidad de vida y los determinantes Intermediarios de la salud (satisfacción de ingreso) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios					
	SATISFACCION DE INGRESOS					
	Si		No		Total	
	n=21		n=49		n=70	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Estado de Salud Global	66,7	20,9	65,3	17,4	65,7	18,4
Funcionamiento Físico	70,8	20,1	63,4	24,1	65,6	23,1
Funcionamiento de rol	73,0	33,1	72,1	29,1	72,4	30,1
Funcionamiento emocional	65,1	20,9	66,5	21,8	66,1	21,4
Funcionamiento cognitivo	80,2	20,2	77,2	25,8	78,1	24,2
Funcionamiento Social	68,3	29,3	61,9	27,0	63,8	27,7
Fatiga	46,0	23,9	42,6	23,8	43,7	23,7
Dolor	44,4	28,1	47,6	25,5	46,7	26,1
Nausea y Vomito	24,6	34,4	10,5	20,0	14,8	25,8
Disnea	28,6	33,8	17,0	26,5	20,5	29,1
Insomnio	31,7	28,8	34,0	33,7	33,3	32,1
Anorexia	30,2	31,5	23,8	29,7	25,7	30,1
Estreñimiento	33,3	31,6	31,3	36,3	31,9	34,7
Diarrea	7,9	20,8	7,5	18,3	7,6	19
Impacto Económico	23,8	31,9	34,7	33,3	31,4	33

Fuente: Ídem tabla N° 1

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los determinantes Intermediarios (Satisfacción de ingreso), mostraron que las mujeres que no estaban satisfechas con los ingresos que recibieron, fueron las que

percibieron peor estado de salud global en comparación al resto, ya que obtuvieron puntaje mínimo.

En el área de funcionalidad, las mujeres que no estuvieron satisfechas con los ingresos económicos que recibían, tuvieron 4 áreas con menor puntaje de 5 evaluadas (Físico, de Rol, Emocional, Cognitivo y Social), por ende este grupo fueron las que menor funcionalidad presentaban comparado al resto.

Respecto al área de los síntomas, las mujeres que no están satisfechas con sus ingresos, presentan mayor puntaje en Dolor e Insomnio. En cambio las mujeres que si están satisfechas, presentan mayores puntajes en 5 síntomas de 8 evaluadas (Fatiga, náusea/vómito, disnea, anorexia y estreñimiento), por lo tanto fueron las que presentaban síntomas con mayor intensidad.

En cuanto al impacto económico las mujeres que no estuvieron satisfechas con los ingresos económicos que recibían, fueron las que obtuvieron mayores puntajes.



Objetivo N° 3: Determinar las relaciones existentes entre calidad de vida y los Determinantes Sociales de salud de las mujeres mayores de 60 años y más con cáncer.

Tabla N°15: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Educación Agrupada) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales (Educación agrupado)				Prueba T
	Ninguna/Básica		Educación superior		
	n=38		n=32		
	Media	DE	Media	DE	Sig.
Estado de Salud Global	67,1	19,4	64,1	17,3	0,494
Funcionamiento Físico	59,6	23,4	72,7	20,9	0,017*
Funcionamiento de rol	71,1	32,8	74	27,1	0,691
Funcionamiento emocional	66,4	19,9	65,6	23,4	0,874
Funcionamiento cognitivo	74,6	26,5	82,3	20,7	0,184
Funcionamiento Social	61,8	27,1	66,1	28,6	0,52
Fatiga	45	23,4	42	24,4	0,6
Dolor	49,1	26,3	43,8	26	0,395
Nausea y Vomito	12,7	26,1	17,2	25,6	0,474
Disnea	23,7	30,9	16,7	26,8	0,318
Insomnio	38,6	33,4	27,1	29,9	0,136
Anorexia	25,4	27,3	26	33,6	0,934
Estreñimiento	28,9	33	35,4	36,8	0,441
Diarrea	7	19,2	8,3	18,9	0,775
Impacto Económico	32,5	33,3	30,2	33,2	0,779

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con el Determinante Estructural (Educación-agrupada), mostraron una mayor calidad de vida en el área de funcionalidad (funcionamiento Físico) en las mujeres con mayor educación que aquellas con ninguna o con educación básica, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa, por ende a menor instrucción académica mayor impacto en el área de funcionamiento físico.

Tabla N°16: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Ocupación Agrupada) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales (Ocupación agrupado)				Prueba T
	Activo laboralmente		No activo laboralmente		
	n=19		n=51		
	Media	DE	Media	DE	Sig.
Estado de Salud Global	65,8	17,8	65,7	18,8	0,984
Funcionamiento Físico	72,3	21,6	63,1	23,3	0,142
Funcionamiento de rol	78,1	28,4	70,3	30,8	0,339
Funcionamiento emocional	74,6	22,5	62,9	20,3	0,042*
Funcionamiento cognitivo	85,1	19,2	75,5	25,5	0,141
Funcionamiento Social	66,7	24,8	62,7	28,8	0,601
Fatiga	36,8	22,5	46,2	23,9	0,144
Dolor	50,9	23,2	45,1	27,1	0,414
Nausea y Vomito	7,9	23,8	17,3	26,2	0,176
Disnea	19,3	27,9	20,9	29,8	0,838
Insomnio	29,8	31,2	34,6	32,6	0,580
Anorexia	17,5	28,0	28,8	30,6	0,168
Estreñimiento	35,1	36,0	30,7	34,5	0,643
Diarrea	3,5	10,5	9,2	21,2	0,272
Impacto Económico	17,5	25,7	36,6	34,2	0,031*

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los Determinantes Estructurales (Ocupación -agrupado), mostró con el área de funcionalidad (funcionamiento emocional *), una diferencia estadísticamente significativa, así como también con el área de impacto económico. Es decir que a menor actividad laboral mayor será la afección del funcionamiento emocional y mayor será el impacto económico que causará en la vida de las mujeres, respectivamente.

Tabla N°17: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Estructurales de la salud (Ingreso económico Agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Estructurales (Ingreso económico agrupado)						
	<200,000		>200,000		No percibe		Prueba T
	n=45		n=19		n=6		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Sig.
Estado de Salud Global	66,7	18,6	65,4	17,4	59,7	21,4	0,688
Funcionamiento Físico	64,4	24,9	64,6	19,9	77,8	16,1	0,408
Funcionamiento de rol	70,7	30,8	72,8	30,5	83,3	25,8	0,635
Funcionamiento emocional	65,2	21,5	68,4	20,1	65,3	27,6	0,858
Funcionamiento cognitivo	75,2	25,5	85,1	19,9	77,8	25,1	0,330
Funcionamiento Social	62,6	29,1	67,5	22,5	61,1	34,4	0,787
Fatiga	44,2	23,1	42,7	24,6	42,6	29,3	0,968
Dolor	44,4	28,0	49,1	18,0	55,6	34,4	0,558
Nausea y Vomito	13,0	22,4	17,5	29,1	19,4	40,0	0,732
Disnea	18,5	28,9	24,6	26,9	22,2	40,4	0,746
Insomnio	36,3	33,2	31,6	30,4	16,7	27,9	0,363
Anorexia	23,7	29,0	31,6	30,4	22,2	40,4	0,613
Estreñimiento	33,3	37,6	26,3	26,2	38,9	39,0	0,673
Diarrea	11,1	22,5	1,8	7,6	0,0	0,0	0,115
Impacto Económico	34,8	33,3	22,8	33,4	33,3	29,8	0,415

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los Determinantes Estructurales, específicamente con el ingreso económico, mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla N°18: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Condición de tenencia de la casa agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios (Condición de tenencia de la vivienda Agrupado)				
	Casa propia		Casa no propia		Prueba T
	n=54		n=16		
	Media	DE	Media	DE	Sig.
Estado de Salud Global	68,1	17,0	57,8	21,0	0,049*
Funcionamiento Físico	66,2	24,0	63,8	20,4	0,715
Funcionamiento de rol	71,6	32,6	75,0	20,2	0,695
Funcionamiento emocional	65,9	21,3	66,7	22,4	0,900
Funcionamiento cognitivo	79,6	23,3	72,9	27,1	0,333
Funcionamiento Social	65,4	28,2	58,3	25,8	0,371
Fatiga	44,4	24,4	41,0	21,7	0,611
Dolor	46,3	28,0	47,9	19,1	0,829
Nausea y Vomito	17,0	27,9	7,3	14,9	0,189
Disnea	21,0	29,9	18,8	27,1	0,789
Insomnio	32,7	30,0	35,4	39,4	0,770
Anorexia	25,3	29,6	27,1	32,7	0,838
Estreñimiento	31,5	33,9	33,3	38,5	0,853
Diarrea	9,9	21,1	0,0	0,0	0,067
Impacto Económico	28,4	33,3	41,7	31,0	0,160

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los Determinantes Intermediarios (Condición de tenencia de la vivienda - agrupado), mostró una diferencia estadísticamente significancia en el área de Estado de Salud Global, es decir que las mujeres que no tenían casa propia son las que percibieron menor estado de Salud global y por ende afectó directamente sobre su calidad de vida.

Tabla N°19: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Estado general de la vivienda agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios (Estado general de la vivienda - agrupado)				
	Buena		No buena		Prueba T
	n=44		n=26		
	Media	DE	Media	DE	Sig.
Estado de Salud Global	70,6	14,7	57,4	21,1	0,003**
Funcionamiento Físico	69,4	22,8	59,2	22,6	0,075
Funcionamiento de rol	78,4	25,3	62,2	35,1	0,028**
Funcionamiento emocional	68,0	20,6	62,8	22,6	0,332
Funcionamiento cognitivo	83,3	21,9	69,2	25,7	0,017**
Funcionamiento Social	67,0	24,8	58,3	31,7	0,205
Fatiga	38,6	20,3	52,1	27,0	0,020**
Dolor	40,5	25,8	57,1	23,7	0,009**
Nausea y Vomito	12,1	21,1	19,2	32,2	0,268
Disnea	14,4	20,8	30,8	37,6	0,022**
Insomnio	28,0	32,1	42,3	30,6	0,072
Anorexia	18,9	24,3	37,2	35,7	0,013**
Estreñimiento	29,5	33,1	35,9	37,6	0,464
Diarrea	8,3	20,5	6,4	16,4	0,685
Impacto Económico	30,3	35,1	33,3	29,8	0,714

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida relacionada con los Determinantes Intermediarios (Estado general de la vivienda -agrupado), mostró una diferencia estadística altamente significativa** con el Estado de Salud Global, por ende las mujeres que percibieron un estado general de su vivienda no bueno, fueron las que mostraron afectada su calidad de vida, también existió una diferencia estadística altamente significativa con dos áreas de funcionamiento (de Rol y Cognitivo), es decir que la mala percepción de la vivienda afectó estos dos funcionamientos, disminuyendo así su calidad de vida.

También existió una diferencia estadística altamente significativa con 4 síntomas (Fatiga, Dolor, Disnea y Anorexia), es decir que la percepción de mal estado general de la vivienda fue un determinante que aumentó la sintomatología de estas mujeres.

Tabla N°20: Análisis de varianza entre la escala de calidad de vida EORTC y los Determinantes Intermediarios de la salud (Satisfacción de ingreso económico agrupado) de las mujeres con cáncer de 60 años y más.

QLQ C-30 EORTC	Determinantes Intermediarios (Satisfacción de ingreso económico agrupado)				Prueba T Sig.
	Si		No		
	n=21		n=49		
	Media	DE	Media	DE	
Estado de Salud Global	66,7	20,9	65,3	17,4	0,779
Funcionamiento Físico	70,8	20,1	63,4	24,1	0,222
Funcionamiento de rol	73,0	33,1	72,1	29,1	0,909
Funcionamiento emocional	65,1	20,9	66,5	21,8	0,802
Funcionamiento cognitivo	80,2	20,2	77,2	25,8	0,643
Funcionamiento Social	68,3	29,3	61,9	27,0	0,383
Fatiga	46,0	23,9	42,6	23,8	0,586
Dolor	44,4	28,1	47,6	25,5	0,644
Nausea y Vomito	24,6	34,4	10,5	20,0	0,036**
Disnea	28,6	33,8	17,0	26,5	0,129
Insomnio	31,7	28,8	34,0	33,7	0,789
Anorexia	30,2	31,5	23,8	29,7	0,423
Estreñimiento	33,3	31,6	31,3	36,3	0,824
Diarrea	7,9	20,8	7,5	18,3	0,928
Impacto Económico	23,8	31,9	34,7	33,3	0,209

Fuente: Ídem Tabla N° 1.

Comentario: Los resultados obtenidos de la escala de calidad de vida relacionada con los Determinantes Intermediarios (Satisfacción de ingreso -agrupado), mostró una diferencia estadísticamente significativa con un síntoma que corresponde a náusea y vómito, es decir que las mujeres que no estaban satisfechas con el ingreso económico que recibían, fue el grupo que mayor sintomatología presentó con este síntoma.

Tabla N°21: Correlación entre el Estado de Salud Global con 28 ítems de la escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30.

ITEMS EORTC QLQ- C30	ESTADO GLOBAL DE SALUD (P29+P30)	
	Coeficiente de correlación Spearman	Sig. (bilateral)
P1	-,064	,600
P2	-,121	,317
P3	-,259*	,030
P4	-,123	,311
P5	-,185	,125
P6	-,302*	,011
P7	-,264*	,027
P8	-,446**	,000
P9	-,268*	,025
P10	-,378**	,001
P11	-,153	,207
P12	-,495**	,000
P13	-,384**	,001
P14	-,271*	,023
P15	-,200	,096
P16	-,239*	,046
P17	-,039	,746
P18	-,309**	,009
P19	-,255*	,033
P20	,018	,886
P21	-,224	,063
P22	-,235*	,050
P23	-,071	,559
P24	-,287*	,016
P25	,208	,085
P26	-,280*	,019
P27	-,063	,602
P28	-,177	,143

Fuente: Ídem Tabla N° 1

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Comentario: Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el Estado de salud global relacionado con los ítems de la escala de Calidad de vida (EORTC QLQ-C30), se obtuvo resultado de correlación en 7 ítems de 28, donde mostró que 4 ítems (P8= disnea), (P10, P12=fatiga) y (P13=anorexia) correspondieron al área de síntomas, por lo que significó, que a mayor sintomatología hubo una disminución en el estado de salud global de las encuestadas.

En el ítem (P24=depresión) mostró que a mayor estado de depresión hubo una disminución del estado de salud global. En el ítem (P25=dificultad para recordar cosas) mostró que cuanto más fácil fue recordar las cosas, mejor fue el estado de salud global.



Tabla N°22: Correlación entre el Estado de Salud Global y áreas de la escala de Calidad de vida EORTC QLQ-C30.

QLQ C-30 EORTC	ESTADO DE SALUD GLOBAL (P29+P30)	
	Coficiente de correlación Spearman	Sig. (bilateral)
Funcionamiento Físico	,195	,105
Funcionamiento de rol	,321**	,007
Funcionamiento emocional	,262*	,028
Funcionamiento cognitivo	-,092	,447
Funcionamiento Social	,185	,125
Fatiga	-,476**	,000
Dolor	-,305*	,010
Nausea y Vomito	-,266*	,026
Disnea	-,446**	,000
Insomnio	-,153	,207
Anorexia	-,384**	,001
Estreñimiento	-,239*	,046
Diarrea	-,039	,746
Impacto Económico	-,177	,143

Fuente: Ídem Tabla N° 1

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Comentario: Según la tabla de resultados se observó que existió una correlación estadísticamente significativa del estado de salud global con dos áreas funcionales (F. de rol y F. emocional) y 6 síntomas (Fatiga, Dolor, Nausea y vómito, Disnea, Anorexia, Estreñimiento). Esto significó que a mayor funcionalidad mejor fue el estado de salud global y cuanto más fuerte fue la sintomatología que presentaron las mujeres con cáncer, hubo una disminución en el estado de salud global de las mismas. En cuanto al último ítem, cuanto mayor fue el impacto económico percibido, se observó una disminución en su estado de salud global.

5. ANALISIS Y DISCUSION

De acuerdo a los datos que proporciona el DEIS (5) las mujeres de 60 años y más en Chile, tienen una esperanza de vida de 82 años, este dato es similar al resultado que se obtiene de la edad media (69,9años) y edad máxima (87años) de las adultas mayores en esta investigación.

En cuanto a los aspectos clínicos del estudio, el cáncer que más predomina entre la población femenina de 60 años y más es el cáncer de mama, seguido del cáncer cervico-uterino y en tercer lugar estaría el Linfoma no Hodgking. En relación a la población femenina de la región del Biobío, el principal cáncer en mujeres es el de mama con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres, seguido por el cáncer de vesícula y vías biliares, con una tasa de 28 por 100.000 mujeres. En tercer y cuarto lugar aparecen el cáncer de estómago y cuello uterino con tasas de 20,1 y en 19,8 por 100.000 mujeres, respectivamente (14). En este estudio, el principal cáncer entre las mujeres, también fue el de mama, no así el segundo lugar, el cáncer Cervico-uterino) ni el tercer lugar el Linfoma no Hodgking junto con el Colorrectal.

Respecto a los aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes tenía etapa tumoral avanzada estadio III y IV, siendo el estadio III que obtuvo el porcentaje más alto de evolución del cáncer. Más de la mitad de las encuestadas estaba siendo tratada con quimioterapia y un porcentaje menor estaba con radioterapia. Cabe resaltar que los pacientes mayores de 60 años que presentan esta patología por la modificaciones que sufre el cuerpo humano a causa del envejecimiento van a diferir del resto, es decir los daños a órganos cercanos o efectos secundarios del tratamiento se verán más afectados (19).

En relación a la medición de la calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer, los resultados del estudio muestran que la CV Global fue de 65,7 con una DE=18,4, levemente alta considerando que el valor de referencia del estudio

realizado por la EORTC es de 61,3 con una DE=24,2 (52). Sin embargo, resultó ser inferior comparado al estudio realizado en Santiago de Chile, por Irrázaval et al (43) en 2016, utilizando también el QLQ-C30, cuyo resultado de CV Global fue de 73,6, con una DE=18,2. Las diferencias con el presente estudio es que se trabajó con un grupo específico de edad, de 60 años y más. En cambio, Irrázaval, trabajó con una población adulta, desde los 38 hasta los 83 años, donde probablemente los puntajes obtenidos por las mujeres de menor edad hacen la diferencia en los puntajes. Se puede comparar el presente resultado de CV Global con el estudio de Cruz et al (47), el cual obtuvo un puntaje similar, menor, de 60 puntos, con una DE=9,3. Este menor puntaje de Cruz et al se podría atribuir a que los sujetos en ese estudio eran de ambos sexos, con distintos tipos de cáncer, en que un 45 % estaba hospitalizado, con un rango de edad de 57 a 64 años y un tamaño de la muestra de 40 persona.

Por otra parte el estudio realizado en Colombia por Castillo et al (44), muestra un resultado de CV global muy diferente a los anteriores, de 57,9 puntos con una DE=12,5, la diferencia probablemente se debe a que en ese estudio se trabajó con mujeres de edad adulta con un promedio de edad de 41,3 años, edad mucho menor al promedio de la presente investigación.

Con respecto al resultado de la escala de CV, en relación al Funcionamiento, los que menor puntaje muestran al funcionamiento social con una media de 63,8 DE=27,7, seguido de la escala de funcionamiento físico con una media de 65,7 DE=18,4, siendo estas dos escalas las que más afectan la calidad de vida de las mujeres de la muestra. Esto coincide con lo descrito por Castillo et al (44), donde las mismas variables tuvieron un comportamiento similar, siendo las actividades sociales, así como el funcionamiento físico los que afectaron más la calidad de vida de las mujeres.

En cuanto a las sub escalas dentro de la CV, que miden los síntomas, se observa

que los ítems con puntaje más alto son el Dolor con una media de 46,7 DE=26,1, seguido de Fatiga con 43,7 DE=23,7, siendo estos dos síntomas los que más afectan la calidad de vida de las mujeres en este estudio. Es así como lo describe Irarrázaval et al (43), donde los síntomas Insomnio, Dolor y Cansancio fueron los síntomas con mayor relevancia frente al resto. Al mismo tiempo describe que los estudios de Fatiga relacionados al cáncer son de etiología incierta aunque se postule un origen multifactorial, combinando condiciones derivadas de patología, alteraciones psicológicas, y otros problemas causados en el sistema inmunológico (43).

También Sat-Muñoz et al (50) obtiene un puntaje alto en el ítem de Dolor con respecto al resto de síntomas.

Con las referencias descritas anteriormente de investigaciones relacionadas con calidad de vida en personas con cáncer, se evidencia que el Dolor y la Fatiga son síntomas de gran relevancia en el diagnóstico de cáncer. En este sentido la teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables de Lenz y cols, se enfoca directamente con el síntoma Dolor, considerándose un indicador de cambio, que será percibido en el funcionamiento normal de las personas. Ya Sanhueza y Cols (30). en el 2007 en Chile, confirmaron estadísticamente que el dolor era el síntoma que influía negativamente en la CV. Según la teoría de los síntomas desagradables, los factores que lo influirían serían fisiológicos, psicológicos y situacionales.

Uno de los estudios que validan la importancia de la teoría de los síntomas desagradables, es el estudio de Espinoza y col (38), que refiere que el control de síntomas cobra primera importancia en el campo de los cuidados paliativos en personas con diagnóstico de Cáncer, ya que los síntomas más frecuentes que manifiestan estos pacientes son dolor, náuseas, fatiga, disnea, entre otros. Así mismo describe que esta teoría orienta la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la experiencia de síntomas que están directamente relacionadas a la calidad de vida de las personas, y la experiencia de síntomas.

Con respecto a los resultados obtenidos mediante el análisis descriptivo de la distribución de las determinantes sociales de la salud, se observa que el 50% solo cursó la enseñanza básica y el 4,3% nunca recibió educación escolar. El 70% era jubilada y/o pensionada, el ingreso económico mensual del 57,1% fue de 101 000 a 200 000 pesos chilenos por mes, el 70% no estaba satisfecha con los ingresos recibidos. Por estos resultados obtenidos se puede decir que más del 50% de la muestra era de estatus socioeconómico bajo. De la Torre et al (31) describen que el grupo de las determinantes estructurales (educación, ocupación e ingreso económico) serán quienes determinen la posición socioeconómica de grupos sociales, entendiendo que el nivel educativo influye en la ocupación y esta última en el ingreso.

El grupo de los determinantes intermediarios es importante destacar que son las determinantes que afectan la salud, en menor o mayor grado, dependiendo de la posición social, la cual determinará la vulnerabilidad del individuo ante los daños de la salud (31).

El resultado de este estudio muestra que la calidad de vida está relacionada con los determinantes estructurales, ya que se observa una relación estadísticamente significativa en Educación Agrupada y Funcionamiento Físico ($p=0,017$), también se observa una relación entre Ocupación Agrupada con el área de Funcionamiento Emocional ($p=0,042$) así también con el impacto económico ($p=0,031$).

Por otra parte los resultados de la relación de calidad de vida relacionada con los determinantes Intermediarios muestra que existe relación estadísticamente significativa entre la condición de tenencia de la vivienda agrupada y el Estado de Salud Global ($p=0,049$). A su vez el estado general de la vivienda agrupada, está relacionada con distintas áreas de la calidad de vida tales como: Estado de Salud Global ($p=0,003$), funcionamiento de rol ($p=0,028$), Funcionamiento cognitivo ($p=0,017$), y en el área de los síntomas se relaciona con: Fatiga ($p=0,020$), Dolor ($p=0,009$), Disnea ($p=0,022$) y Anorexia ($p=0,013$).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye el presente estudio rechazando la hipótesis nula, dado que se comprobó la relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la educación y la ocupación de las mujeres. Es decir, en mujeres adultas mayores diagnosticadas con cáncer se pudo evidenciar en este estudio que su calidad de vida se ve alterada por algunos de los determinantes sociales de la salud.

Comprobándose además que existen otros determinantes Sociales de la Salud que tienen relación con la calidad de vida, como es el estado de la vivienda y la satisfacción con los ingresos percibidos de las mujeres.

Si se toma en cuenta el sexo y la edad de las participantes de este estudio, se evidencia que en la pregunta general número 29 “Percepción del Estado de Salud”, la mayoría de este grupo etario contestó en la categoría 5 (de 1 a 7), y en la segunda pregunta general número 30 “Percepción de Calidad de vida”, su respuesta fue la misma, lo cual llama la atención porque ambas reflejaban el “Estado de Salud Global” dando a entender que la percepción de las mujeres se orientaba a una percepción más positiva de su salud y de su vida. Pudiendo estar influyendo en estas respuestas el que perciban que su enfermedad está controlada por una institución de salud, que el tratamiento está suministrado adecuadamente por un servicio de salud que responde a sus requerimientos y por el cual no deben pagar.

La valoración de la calidad de vida es de gran relevancia en el ámbito de salud, lamentablemente en los diferentes servicios de salud por diversos factores, no se puede acceder a una muestra numerosa de pacientes con este diagnóstico

Los pacientes oncológicos, solo por su diagnóstico son más vulnerables y los síntomas en ellos se ven acentuados, especialmente el dolor como se evidenció en el presente estudio, también en diversas investigaciones se puede constatar que es el síntoma que más afecta la calidad de vida de las personas. Por lo mismo es

importante valorarlo, por su impacto directo en la calidad de vida.

Por otro lado la teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables contribuyó a dar fundamento a los resultados, aumentando en este caso la comprensión de la experiencia de los síntomas de las mujeres y su contexto, al identificar que las mujeres con menor satisfacción por su vivienda tenían menor calidad de vida; y que los síntomas dolor y fatiga presentaron los más altos puntajes en el área de los síntomas en la Escala QLQ-C30, informando del impacto en la calidad de vida percibida por las mujeres; información que será útil para el "diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos". Esta teoría constituye una gran herramienta para ser aplicada en los servicios de oncología. Su uso en el ámbito de la investigación aplicada en el cuidado de enfermería aún es poco conocida, por lo que se debe trabajar para lograr la inclusión en ese ámbito.

La disciplina de Enfermería ha tenido importantes avances en cuanto al ámbito de investigación, sin embargo en el área asistencial en general aún existen barreras que dificultan la aplicación de instrumentos para una mejor valoración del paciente.

Los resultados de esta investigación cobran importancia desde el punto de vista de la evidencia, ya que los mismos podrán apoyar el cuidado integral de las mujeres; también permitirán a los profesionales de salud, en especial a enfermería, tenerlos presente al momento de la valoración y planificación del cuidado de las mujeres, poniendo especial atención en aquellas con menor nivel de educación y ocupación o en aquellas en que sus condiciones de vivienda e ingreso estén deterioradas, proponiendo estrategias que mejoren su bienestar y calidad de vida.

Se recomienda para futuros estudios en la misma línea de investigación, considerar una muestra mayor para hacer comparaciones más detalladas, ojala el tipo de muestreo fuese al azar y no por conveniencia, también se recomienda considerar un

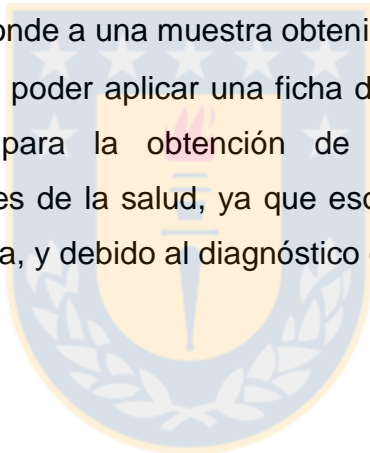
tiempo mayor para la recolección de datos. Tomando en cuenta que el grupo etario de adultos mayores es de complejo acceso por los distintos diagnósticos que puedan presentar, se recomienda para una selección de muestra más pertinente valorar a este grupo con una de las Escalas de Performance Status del paciente oncológico.



7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones en el presente estudio fueron:

- No se pudo acceder a una población mayor, por la imposibilidad de hacer visitas domiciliarias debidas a la distancia que quedaban los domicilios de las mujeres.
- Otra limitante fue la obtención de los permisos por parte de los jefes de servicio para la aplicación del instrumento en algunas de las unidades que atienden pacientes oncológicas.
- Pérdida de personas por fallecimiento que cumplían criterios de inclusión.
- Los resultados permiten sacar conclusiones solo de esta muestra de estudio, dado que no corresponde a una muestra obtenida al azar.
- Otra limitante fue, no poder aplicar una ficha de datos sociodemográfica más amplia y extensa para la obtención de datos relacionados con los determinantes sociales de la salud, ya que eso requería de más tiempo para completar la entrevista, y debido al diagnóstico del paciente, no correspondía.



BIBLIOGRAFIA

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3/Rev.1), Santiago, 2017.
2. Ferrada Mundaca L, Zavala Gutiérrez M. Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Mayo 22] ; 20(1): 123-130. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>.
3. Instituto Nacional de Estadísticas-INE, Compendio Estadístico Publicación anual, Dirección Nacional; Departamento de Comunicaciones e Imagen Corporativa, Santiago de Chile, 2017.
4. Population Reference Bureau, Cuadro de Datos de la Población Mundial, 2014 [Internet]. 2014 [citado Abril 2017]<http://www.prb.org/SpanishContent/2015/2014-world-population-datasheet-sp.aspx>
5. Departamento de Estadística e Información en Salud-Deis - MINSAL, Indicadores básicos de salud Chile,2015. [citado Marzo 2017] <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf>
6. MINSAL, Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Pág. 181 [Internet]. 2011 [citado Marzo 2017] www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf
7. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer en adultos mayores, 2012.[Citado en febrero 2017]Disponible en : http://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp.pdf
8. Siegel, R, D. Miller K, Ahmedin J. Cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians 66.1 (2016): 7-30. Epub 2016 Jan 7. PubMed PMID:26742998.
9. Salas Z, C; Grisales R, H. El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Salud Uninorte, Universidad del Norte Colombia, 2010 vol. 26, núm. 1, pp. 134-142
10. Organización Mundial de la Salud (OMS), Cáncer. Nota descriptiva N°297. Febrero de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

11. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin, 2008 ; 58: 71-96. [Citado el 20-05-17] onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/CA.2007.0010/full
12. Ministerio de Salud. Informe final: Estudio de carga enfermedad y carga atribuible, 2008. [Citado en Febrero 2017] www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/.../File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf
13. Itriago, G. L., Silva, I. N., Cortes, F. G. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2013, 24(4),531-552. [Citado el enero 2017] https://www.clinicalascondes.cl/.../PDF%20revista%20médica/2013/.../1_Dra.-Laura-Itriago
14. MINSAL, Estrategia Nacional de Cáncer. Chile, 2016 [Citado el marzo 2017] web.minsal.cl/wp-content/.../Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf
15. Sarabia Cobo Carmen María. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Mayo 11] ; 20(4): 172-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es.
16. Iajnuk Sara. Mujeres en la Tercera Edad, Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires, 2013, [citado en febrero 2017] <http://www.unicen.edu.ar/content/mujeres-en-la-tercera-edad>
17. Cannobbio, L. Jeri, T. Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género-informe final , SENAMA, 2008 [citado en marzo 2017] http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf
18. Falque-Madrid Luis. La evidencia científica y el arte de envejecer. *An Venez Nutr* [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Jun 08] ; 27(1): 110-118. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100016&lng=es.
19. González Calzadilla María Esperanza, Céspedes Quevedo María Cristina, González Calzadilla Isell, Infante Carbonell María Cristina, Vinent Céspedes Ana Margarita. Reacciones adversas al tratamiento radiante en el adulto mayor con cáncer. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Ene [citado 2017 Ago 03] ; 19(1): 18-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100004&lng=es.

20. Galvis-López Milena Alexandra, Pérez-Giraldo Beatriz. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichán* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 March]; 11(3): 256-273. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000300003&lng=en.
21. Urzúa M, Alfonso y Caqueo-Urizar, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [online]. 2012, vol.30, n.1 [citado 2018-05-15], pp.61-71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>.
22. Vinaccia Alpi, S, Quiceno, JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina* [Internet]. 2012;6(1):123-136. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
23. Rodríguez Adams EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Investigaciones Medicoquirúrgicas* [revista en Internet]. 2012 [citado 2018 May 10];4(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/14>
24. Ledón Llanes Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 febrero]; 37(4): 488-499. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.
25. Núñez P. Enríquez D. Irarrázaval M. La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad, *Ajayu*, 10(5), Marzo 2011, 84-100, ISSN 2077-2161 [Citado en febrero 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v10n1/v10n1a5.pdf>
26. Castillo-Ávila, I. Y., Canencia-Padilla, J., Zurbarán-Lamadrid, M., Pertuz-Cantillo, D., Montes-Padilla, M., Jiménez-Chacón, E. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 22-31
27. Linde, J. M. M., Rodríguez, J. F., Rodríguez, A. F. U. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1) (2013): 55.
28. MINSAL, Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos, Santiago, Chile, 2011, pág: 9,10.

29. Muñoz A. Aspectos médicos del dolor, En: Alvarez R. Marin Ma.P. Editores. El dolor La muerte y el Morir, editorial Mediterraneo; 2001. Pag: 103,104.
30. CONICYT – MINSAL. Informe Sanhueza, O. et al. Calidad de Vida de usuarios del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. 2007, Pag, 6.
31. De la Torre-Ugarte-Guanilo M, Oyola-García A, Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Revista Peruana de Epidemiología 2014;181-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002>. Fecha de consulta: Marzo de 2017.
32. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Informe de la Secretaría, 124ª reunión, Punto 4.6 del orden del día provisional, 2009. [Citado en Febrero 2017] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
33. Vega j., Solar O., Irwin A.. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [Citado en Marzo 2017] Disponible en: https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
34. MINSAL, Determinantes Sociales de Salud, 2015. [Citado en Febrero 2017] Disponible en : <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
35. Canadian Council on Social Determinants of Health. A Review of Frameworks on the Determinants of Health, 20 Mayo 2015, ISBN: 978-0-9937151-6-7 [Citado en Febrero 2017] Disponible en: http://ccsdh.ca/images/uploads/Frameworks_Report_English.pdf
36. Carbonetti M. Brunazzo F. Suchowolski E. Conceptualización de la salud, Universidad Nacional de Córdoba, 5ta Edición 2016. [Citado en Enero 2017] Disponible en: <http://saludcomunitaria.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/06/Manual-Salud-Comunitaria-1-2016.pdf>
37. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización mundial de la Salud (OMS), Salud en las Américas; Panorama regional de perfiles, Publicación científica y técnica N° 636, Washington D.C. 2012 [Citado en febrero 2017] Disponible en: www.paho.org/saludenlasamericas/

38. Espinoza V.M. Valenzuela S.S. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica Analysis of the unpleasant symptoms theory in the oncologic palliative nursing care. Editorial Ciencias Médicas. [Internet] 2011 [Citado 2017 jul 22], <https://doaj.org/article/1c4659b35bdb420c967302fafee3514a>
39. Lenz E, Pugh L. Theory of Unpleasant Symptoms. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle Range Theory for Nursing. Second ed. NY: 2008. p. 159-83.
40. Anarte MT, Ramírez C, López AE and Esteve R. Evaluation of confronting strategies, functioning level and age in persons with benign and oncologic pain. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 102-110.
41. Lopes-Júnior Luís Carlos, Bomfim Emiliana de Omena, Nascimento Lucila Castanheira, Pereira-da-Silva Gabriela, Lima Regina Aparecida Garcia de. Theory of unpleasant symptoms: support for the management of symptoms in children and adolescents with cancer. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 jul 25] ; 36(3): 109-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300109&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51465>.
42. García Ramírez Jorge Alejandro, Vélez Álvarez Consuelo. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2017 jun 03] ; 43(2): 191-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200006&lng=es.
43. Irrázaval M. Elisa, Kleinman Pascale, Silva R Fernando, Fernández González Loreto, Torres Camilo, Fritis Marcela et al . Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Marzo] ; 144(12): 1567-1576. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200008>.
44. Castillo Irma, Canencia Johanna, Zurbarán Mayerlis. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena-Colombia, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 1 • Enero-Marzo 2015 • (22-31)*
45. Campos, F. Herrera, S. Fernández, B. et al. Chile y sus mayores-Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. Primera edición Marzo de 2014 ISBN N° 978-956-14-1411-2 1200 ejemplares.

46. Inoue-Choi, M., Lazovich, D., Prizment, A. E., Robien, K. Adherence to the World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research recommendations for cancer prevention is associated with better health-related quality of life among elderly female cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 2013, 31(14), 1758-1766.
47. Cruz Bermúdez, Harold Fabián, Moreno Collazos. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga Colombia. Revista electrónica trimestral digital Enfermería Global, Abril 2013, N°30. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/160351/146771>
48. Chu, W., Dialla, P.O., Roignot, P. et al. Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors; 2016, 25: 1981. doi:10.1007/s11136-016-1248-z.
49. Molzahn, A., Skevington, S.M., Kalfoss, M. et al. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. 2010, 19: 293. doi:10.1007/s11136-009-9579-7. (25)
50. Luz-Ma-Adriana. Balderas-Peña, Daniel. Sat-Muñoz, Iris Contreras-Hernández, et al. Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista electrónica Value in health 14, 2011.
51. Ezekiel Emanuel. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolás SF, Quezada SA, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 83-95. <http://www.bioetica.ops-oms.org/>
52. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. 2nd ed. Brussels, Belgium: EORTC Quality of Life Group, 2008. 427 p

A NEYOS

The word "ANEYOS" is rendered in a large, bold, black serif font. Behind the letters, there is a circular emblem. The emblem has a light blue background with a pattern of white stars. In the center of the emblem is a yellow shield with a red and white crest. The shield is surrounded by a yellow border.

ANEXO N°1

INFORMACION ESTADISTICA HOSPITAL LAS HIGUERAS



ORD.: N° 2359

ANT: FOLIO AO092T0000063 / 02.04.2017
LEY DE TRANSPARENCIA
D. REGINA VARGAS PATANA

MAT.: RESPUESTA A SU SOLICITUD DE
ACCESO A LA INFORMACION LEY 20.285

TALCAHUANO, **07 ABR. 2017**

A : **SRA. REGINA VARGAS PATANA**
datatransparencia@gmail.com
P R E S E N T E

Junto con saludar muy cordialmente y de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.285 "Derechos y Deberes del Paciente", donde solicita informar sobre: "N° de pacientes de 60 años y más con diagnóstico de cáncer, que se encuentren siendo atendidas en el Hospital Las Higuerras durante el año 2016", para su proyecto de Tesis; tengo a bien en responder que:

1.- El detalle de lo requerido por usted, ha sido informado en planilla Excel, por lo que usted encontrará documento adjunto.

Sin otro particular se despide atentamente,

DRA. PATRICIA SANCHEZ KRAUSE
DIRECTORA (S)
HOSPITAL LAS HIGUERAS

Adj.: Planilla Excel que indica N° de Pacientes con cáncer que han sido tratadas durante el año 2016

Distribución:

- Y La que indica
- Y Oficina de Partes
- Y Archivo Oirs

**EGRESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES DE 60 AÑOS Y MAS CON DIAGNOSTICO DE CANCER
HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANCO
AÑO 2016**

DIAG	Descripción Diagnóstico / Edad	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	92	93	Total	
C00.9	TUMOR MALIGNO DEL LABIO, PARTE NO ESPECIFICADA											1	1																						2	
C09.9	TUMOR MALIGNO DE LA AMIGDALA, PARTE NO ESPECIFICADA																	1																		1
C15.9	TUMOR MALIGNO DEL ESOFAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1												1					2		1	2												11	
C16.9	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	2		1	1	2	1	2	1	2		1	1	1					1	2											1	1			18	
C18.7	TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE															1																			1	
C18.9	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	2	1	2	1	2	2	2	2					2	1	1	2	1	2		2	2	2	2	2	2	2	2	1						27	
C20.X	TUMOR MALIGNO DEL RECTO,	3					2	1	2								1	1	1			1	1	1											14	
C22.0	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS										1																								2	
C22.1	CARCINOMA DE VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS		1																																1	
C22.9	TUMOS MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO															1																			1	
C23.X	TUMOR MALIGNO DE LA BESICULA BILIAR,	3				1	1	1	1																										9	
C24.9	TUMOR MALIGNO DE LAS VIAS BILIARES, PARTE NO ESPECIFICADA		1																																1	
C25.9	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1												1	1																			7	
C34.9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA					3	2	1							1	1																				10
C39.9	TUMOR MALIGNO DE SITIOS MAL DEFINIDOS DEL SISTEMA RESPIRATOR																																			1
C43.6	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO SUPERIOR, INCLUIDA EL HOMBRO								1																											1
C43.7	MELANOMA MALIGNO DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDO LA CABERA																																			1
C43.9	MELANOMA DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO																																			1
C44.3	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS																																			1
C44.4	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE CUERO GABELLUDO Y DEL CUELLO				1																															2
C44.7	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLUIDA LA C																																			1
C44.9	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO																																			2
C47.2	TUMOR MALIGNO DE LOS NERVIOS PERIFERICOS DEL MIEMBRO INFERIOR																																			4
C48.2	TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ESPECIFICACION																																			1
C49.9	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANCO, DE SITIO NO ESPECIFICADO																																			1
C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	3	3	1	5	3	3	4	2	3	3																									50
C51.9	TUMOR MALIGNO DE LA VULVA, PARTE NO ESPECIFICADA																																			10
C52.X	TUMOR MALIGNO DE LA VAGINA																																			4
C53.0	TUMOR MALIGNO DE ENDOCERVIX																																			1
C53.9	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION																																			11

EGRESOS HOSPITALARIOS DE MUJERES DE 60 AÑOS Y MAS CON DIAGNOSTICO DE CANCER
HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO

AÑO 2016

DIAG	Descripción Diagnóstica / Edad	60	61	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	92	93	Total
C71.0	TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS						1																	1										2
C73.X	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES,	1		2	2	2	2					2	1	1	1		1																	14
C74.1	TUMOR MALIGNO DE LA MEDULA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL																1																	1
C75.9	TUMOR MALIGNO DE GLANDULA ENDOCRINA NO ESPECIFICADA	1																																1
C76.0	TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO						1						1																					3
C78.5	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL INTESTINO GRISES Y DEL RECTO						1																											1
C78.7	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL HIGADO.												1																					2
C78.8	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS ORG. DIGEST. Y DE LOS NO E																																	1
C79.5	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE LOS HUESOS Y DE LA MEDULA OSEA			1												1																		2
C79.8	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS							1	1																1									3
C80.0	TUMOR MALIGNO DE SITIO PRIMARIO DESCONOCIDO ASI DESCRITO											1																						1
C80.9	TUMOR MALIGNO, SITIO PRIMARIO NO ESPECIFICADO							1																										3
C81.9	ENFERMEDAD DE HODGKIN, NO ESPECIFICADA																																	2
C82.9	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, SIN OTRA ESPECIFICACION																																	1
C83.3	LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS GRANDES (DIFUSO)																																	1
C83.5	LINFOMA NO HODGKIN LINFOLASTICO (DIFUSO)																																	1
C85.9	LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	1		1	1	1	3				1	2												1										10
C90.0	MIELOMA MULTIPLE.																																	2
C91.5	LEUCEMIA DE CELULAS T ADULTAS																																	3
C92.0	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	1																																1
C92.9	LEUCEMIA MIELOIDE, SIN OTRA ESPECIFICACION	1																																1
C95.9	LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA																																	1
Total general		16	13	10	19	8	20	11	19	9	12	15	10	8	7	5	7	14	5	5	5	5	4	9	6	3	4	5	2	2	2	2	2	283

ANEXO N° 2

APROBACION COMITÉ DE ETICA FACULTAD DE ENFERMERIA UDEC



FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Concepción, Agosto, 4, de 2017

Ref: Resolución N° 027-17

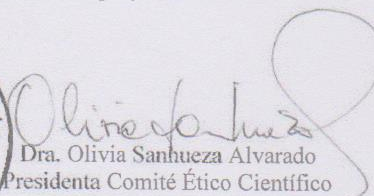
Srta.
Regina Vargas Tatana
Tesisista Programa Magister en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS CON CANCER Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL GRAN CONCEPCIÓN, CHILE", enviado con las correcciones sugeridas por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción e informadas en entrevista a usted con fecha 10 de Julio del presente año

En base a la evaluación específica del protocolo de estudio así como de sus anexos, incluido el Consentimiento Informado, la conclusión de este Comité es aprobar las enmiendas realizadas, aprobando junto con ello la realización del proyecto.





Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

cc: Dra. Sandra Valenzuela S.: Directora Programa Magister en Enfermería
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2017.

ANEXO N° 3

APROBACION COMITÉ DE APOYO A LA INVESTIGACION HOSPITAL LAS HIGUERAS



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Talcahuano
Hospital Las Higuerras
PSICOPMA/lpl

05598
ORD. N° _____ /

ANT: Su carta del 29.06.2017

MAT: OTORGA AUTORIZACIÓN PARA
REALIZACIÓN TESIS POSTGRADO

TALCAHUANO,
18 AGO. 2017

DE : DRA. PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE
DIRECTORA (S) HOSPITAL LAS HIGUERAS

A : E.U. REGINA VARGAS PATANA
INVESTIGADOR RESPONSABLE

Estimada Señorita:

Junto con saludarle, me dirijo a Ud., para informarle que habiendo revisado los documentos presentados junto a su carta del antecedente y teniendo a la vista el Acta de aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, para su trabajo: **"Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer y su relación con los determinantes sociales de la salud en el gran Concepción, Chile"**.

En el entendido que Ud., como Investigador Responsable, velará por el cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas utilizando los datos obtenidos sólo para los fines mencionados, respetará las normas y principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia y además protegerá la identidad de los pacientes incluidos, esta Directora:

1. Autoriza el inicio de las actividades contempladas, en su Investigación, a partir de esta fecha.
2. Informo a Ud., que según RES. EXE. N° 3122 del 20.08.2014, he delegado la función de Ministro de Fe, para la firma de Consentimientos Informados en los siguientes funcionarios:

- Dr. Reinaldo Deij Bulnes	RUT: 9.871.986-5
- Dra. BQ. Paz Macaya Aretxabala	RUT: 8.192.068-0
- D. Lorena Pérez Lermada	RUT: 15.671.479-8
- D. Karin Collao Gutierrez	RUT: 13.994.930-7
- D. Jeannette Herrera Anticán	RUT: 15.174.082-0

Por lo anterior, le solicito no olvidar que cada vez que consienta un sujeto de investigación deberá contactarse con la Unidad de Apoyo a la Investigación Biomédica del Hospital al teléfono 41 2687331 ó 41 2687335 o a los mails karin.collao@redsalud.gov.cl o lorena.perez@redsalud.gov.cl, para coordinar la asistencia del Ministro de Fe correspondiente al proceso de consentimiento y firma de documento, en cumplimiento a la ley N°20.120 Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Phohíbe la Clonación Humana.

3. Solicito a UD., mantener informada a esta Dirección del avance de la investigación que dirige, especialmente, en casos de eventos adversos o desviaciones de Protocolo.

Sin otro particular y deseándole éxito en la investigación que dirigirá, le saluda muy cordialmente,



DRA. PATRICIA SÁNCHEZ KRAUSE
DIRECTOR (S)
HOSPITAL LAS HIGUERAS

Distribución:

- La indicada
- Jefe Servicio Oncología
- Jefe Centro de Responsabilidad Atención Externa
- Unidad de Apoyo a la Investigación
- Oficina de Partes

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE ENFERMERIA
PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: *“Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer y su relación con los determinantes sociales de la salud en el gran Concepción, Chile”.*

Estimada Señora:

El presente trabajo corresponde a una investigación sobre su calidad de vida. La responsable de esta investigación es la Sra. Regina Vargas Patana, profesional del área de la salud, estudiante del Programa de Magister en Enfermería, con el apoyo de la Prof. Guía de tesis Dra. Olivia Sanhueza Alvarado, Prof. Titular de la Facultad de Enfermería.

Esta investigación tiene el propósito de preguntar por su calidad de vida actual y de esta manera poder canalizar nuestros esfuerzos en mejorar la atención en salud, por medio de la opinión de los propios usuarios.

Su participación en el estudio no genera ningún costo económico ni beneficio personal de ninguna clase, excepto la entrega de una almohadilla terapéutica de semilla. Sin embargo su participación ayudará a obtener resultados que permitan mejorar la atención de los pacientes con condiciones clínicas similares a las suya.

Su participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y está en libertad de retirarse de ella en cualquier momento, sin efectos perjudiciales para usted. Si no desea participar, le garantizamos que su atención en salud no se verá alterada de ninguna manera.

Su participación en esta investigación consistirá en responder de forma completa las preguntas de la Encuesta de datos Sociodemográficos y el Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ 30). Constará de una sola sesión, de aproximadamente 30 minutos. Esta investigación es considerada de riesgo mínimo y no presenta riesgos previsible.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados con confidencialidad y anonimato. Los datos obtenidos, eventualmente podrán ser publicados o difundidos, manteniendo la reserva mencionada.

Si está de acuerdo en cooperar, le solicitamos por favor firme su acuerdo en la hoja siguiente:

CONSENTIMIENTO:

Declaro haber leído (o se me ha leído) y explicado la información descrita anteriormente y haber esclarecido las dudas de mi participación en esta investigación. Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario y **ACEPTO** participar en el estudio titulado **“Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer y su relación con los determinantes sociales de la salud en el gran Concepción, Chile”**

Nombre Participante

Firma

Fecha

Nombre Investigador Responsable

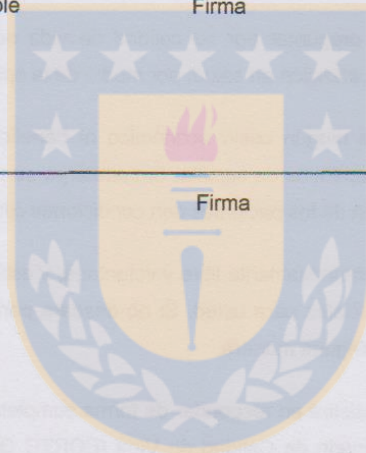
Firma

Fecha

Delegado/Ministro de Fé

Firma

Fecha



Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador principal: Regina Vargas teléfono: 963987248. O con la Presidenta Comité de Ética Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Dra. Olivia Sanhueza teléfono: 41-2204830

ANEXO N° 5

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Este primer ítem será llenado por la persona que realizará la entrevista.
Por favor, escuche cada pregunta con atención y responda eligiendo la opción con la cual usted se sienta identificada.

Edad cumplida en años: _____

Lugar de Residencia


- a) Urbano
- b) Rural
- c) Otro _____

Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Conviviente
- f) Separada

Nivel de escolaridad alcanzado.

- a) Ninguno
- b) Enseñanza Básica
- c) Enseñanza Media
- d) Técnico
- e) Universitario
- f) Postgrado



¿Cuánto es su ingreso mensual aproximado?

a) <100,000	e) 401,000 – 500,000
b) 101,000 – 200,000	f) 501,000 – 600,000
c) 201,000 – 300,000	g) > 601,000
d) 301,000 – 400,000	h) No percibe

¿Considera que su ingreso económico satisface sus requerimientos de luz, agua, alimentación, vestimenta y recreación?

- a) Si
- b) No
- c) En forma regular

Tipo de actividad laboral actual:

- a) Obrero
- b) Trabajo por cuenta propia o independiente
- c) Empleada del hogar (Nana)
- d) Jubilada (Rentista o Pensionado)
- e) Desempleada

La casa donde vive es:

- a) Propia
- b) Arrendada
- c) Vive de allegada con familiares
- d) Vive de allegada con otros que no sean familiares

La vivienda donde usted vive cuenta con servicios como:

- a) Agua potable
- b) Energía eléctrica
- c) Gas
- d) Telefonía
- e) Internet
- f) Cable
- g) Transporte público
- h) Transporte privado

¿Cómo considera el estado Físico de su Vivienda?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

¿Con que Previsión de Salud cuenta?

- a) Fonasa tramo A
- b) Fonasa tramo B
- c) Fonasa tramo C
- d) Fonasa tramo D
- e) Isapre
- f) Particular
- g) Ninguno

¿Cuál es su diagnóstico médico?

¿Cuánto tiempo en semanas ha pasado desde el momento de su diagnóstico?

Etapa de la enfermedad:

- a) In situ
- b) Localizado
- c) Avanzado
- d) Metastásico

Tipo de tratamiento

- a) Quimioterapia
- b) Radioterapia
- c) Quirúrgico
- d) Otro _____

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

SPANISH (CHILE)



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "correctas" o "incorrectas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor escriba sus iniciales:

--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo, como llevar una bolsa de compras o una maleta pesada?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de su casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
6. ¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Tuvo algún impedimento para realizar sus hobbies o actividades recreativas?	1	2	3	4
8. ¿Se quedó sin aliento?	1	2	3	4
9. ¿Tuvo algún dolor?	1	2	3	4
10. ¿Tuvo que detenerse a descansar?	1	2	3	4
11. ¿Tuvo dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió débil?	1	2	3	4
13. ¿Se sintió sin apetito?	1	2	3	4
14. ¿Sintió náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Tuvo vómitos?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
16. ¿Tuvo estreñimiento?	1	2	3	4
17. ¿Tuvo diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Se sintió cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Tuvo alguna dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Tuvo dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor, en las siguientes preguntas encierre en un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. En general, ¿cómo evaluaría su estado de salud durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

ANEXO N°6

AUTORIZACION DE USO DE INSTRUMENTO QLQ C-30

EORTC USER AGREEMENT FOR ACADEMIC USE

This User Agreement License for Academic Use ("The Agreement") this made up by and between

Dr Olivia Sanhueza-Alvarado - Universidad de Concepcion Victor Lamas #1135 Concepcion Chile 4090098 Chile (hereafter RECIPIENT)

AND

European Organisation for Research and Treatment of Cancer, with its principal executive offices located at Avenue E. Mounierlaan 83/11, Brussels 1200, Belgium, VAT BE 0408.292.992, represented by Julie Walker, Quality of Life Officer (hereinafter "EORTC"),

EORTC represents and warrants that it has all rights, title and interests, including without limitation all intellectual property rights, in and to the questionnaire and has full lawful authority to grant the license granted hereunder

Protocol: CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE 60 AÑOS Y MÁS CON CANCER Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL GRAN CONCEPCI

Use of the EORTC QLQ-C30 and modules in the above-mentioned investigation is subject to the following conditions:

1. **RECIPIENT** confirms that this study is being conducted without direct or indirect sponsorship or support from pharmaceutical, medical appliance or related, for-profit health care industries.
2. **RECIPIENT** will grant the EORTC Quality of Life Group limited access to the trial database. Access will be limited to the following: (a) the EORTC QLQ C30 and module data; and (b) additional data will be made available to the EORTC at the sole discretion of RECIPIENT as deemed appropriate for the purpose of validation of the EORTC QLQ C30.

3. **RECIPIENT** will not modify, abridge, condense, translate, adapt or transform the EORTC QLQ-C30 or the basic scoring algorithms in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the EORTC QLQ-C30.

4. **RECIPIENT** will not reproduce the EORTC QLQ-C30 or the basic scoring algorithms except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own use and shall in no event distribute copies of the QLQ-C30 to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. Reproduction of the QLQ C30 as part of any publication is strictly prohibited.

5. Analysis and reporting of QLQ C30 data by **RECIPIENT** shall follow the written guidelines for scoring of the QLQ C30 as provided by the EORTC Group on Quality of Life.

6. This Agreement holds for the above-mentioned Study only. Use of the EORTC QLQ-C30 in any other studies supported by **RECIPIENT** will require separate agreements.

7. The EORTC Quality of Life Group will withdraw their permission for **RECIPIENT** to use the EORTC QLQ-C30 if any of the above terms and conditions is breached

Melodie Cherton
Quality of Life Department
For EORTC Quality of Life Group
Avenue E. Mounier 83, B11
Brussels 1200
Belgium

I, the undersigned accept the above Terms and conditions by ticking the box "I've read and I accept the user's agreement"

Dr Olivia Sanhueza-Alvarado - Universidad de Concepcion Victor Lamas #1135 Concepcion Chile 4090098 Chile