

114 MONC 20  
58138

M  
B 9922  
2008  
c.1



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**INDICADORES DE SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN DISTINTAS ETAPAS  
DEL TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO**

**Un Estudio Comparativo Descriptivo**

**FERNANDA VALERIA BUSTOS GONZÁLEZ**

Profesora Patrocinante: María Liliana Contreras Alarcón

Seminario de título presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado de licenciado en Psicología y al título de Psicóloga

Enero, 2008

Valparaíso, Chile



## **AGRADECIMIENTOS**

**Agradezco a mis padres, seres queridos y a César,  
por el apoyo brindado durante esta etapa de mi formación profesional, y a todos los que  
hicieron posible la realización del estudio.**

## TABLA DE CONTENIDOS

### Índice de Contenidos

AGRADECIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iii
Índice de Contenidos.....	iii
Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras.....	viii
RESUMEN.....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO DE ANTECEDENTES TEÓRICOS .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INDICADORES DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 La Ansiedad y la Depresión vinculadas al Cáncer.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La Ansiedad en pacientes con cáncer.....	3
1.1.2 Depresión vinculada a la enfermedad del Cáncer.....	6
1.1.3 Factores de riesgo de Ansiedad y Depresión en población oncológica..	8
<b>1.2 El Estrés vinculado a la enfermedad del cáncer .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 El Estrés vinculado a la enfermedad del cáncer desde la Psiconeuroinmunología.....	9
1.2.2 Estrés Percibido en pacientes con cáncer.....	12
<b>2. CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA.....</b>	<b>13</b>
<b>III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4. HIPÓTESIS.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
<b>1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>20</b>

1.1	Tipo de Investigación.....	20
1.2	Diseño de Investigación.....	20
2.	POBLACIÓN PARTICIPANTE.....	21
3.	IMPLEMENTCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3.1	Procedimiento Selección de la Muestra.....	23
3.2	Procedimiento de Evaluación.....	23
3.3	Instrumentos de Evaluación.....	23
3.3.1	Evaluación de Depresión y Ansiedad.....	23
3.3.2	Evaluación del Estrés Percibido.....	26
3.3.3	Evaluación en Calidad de Vida.....	27
3.4	Procedimiento de Análisis e Interpretación de los Resultados.....	31
V.	RESULTADOS.....	32
VI.	CONCLUSIONES.....	78
VII.	LIMITACIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO.....	81
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	82
IX.	ANEXOS.....	86

## Índice de Tablas

- Tabla 1: Puntuaciones cuestionario SF 36 en su estandarización en Chile
- Tabla 2: Consistencia Interna y Validez Discriminante en escalas del SF36 V2 Chile.
- Tabla 3: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Tabla 4: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Tabla 5: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad
- Tabla 6: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Tabla 7: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Ansiedad
- Tabla 8: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)
- Tabla 9: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Tabla 10: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad
- Tabla 11: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)
- Tabla 12: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Ansiedad
- Tabla 13: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Tabla 14: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Tabla 15: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Depresión
- Tabla 16: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Tabla 17: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Depresión
- Tabla 18: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)
- Tabla 19: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Tabla 20: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Depresión
- Tabla 21: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos

#### Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)

- Tabla 22: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Depresión
- Tabla 23: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Tabla 24: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Tabla 25: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido
- Tabla 26: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Tabla 27: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Estrés Percibido
- Tabla 28: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes Diagnosticados por Primera vez
- Tabla 29: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Tabla 30: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los de Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido
- Tabla 31: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)
- Tabla 32: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Estrés Percibido
- Tabla 33: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio y Final de la Radioterapia
- Tabla 34: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia
- Tabla 35: comparación entre las medias del Componente Mental de Calidad de Vida (CSM) de los grupos de pacientes al Inicio y al Final de la Radioterapia
- Tabla 36: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia en CSM
- Tabla 37: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Tabla 38: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CSF
- Tabla 39: Comparación de las puntuaciones medias del Componente Mental (CSM) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Tabla 40: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CSM
- Tabla 41: Comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes en Inicio de Radioterapia y Final Radioterapia
- Tabla 42: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia

- Tabla 43: comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Tabla 44: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CV

## Índice de Figuras

- Gráfico 1: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Gráfico 2: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Gráfico 3: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad
- Gráfico 4: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Gráfico 5: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)
- Gráfico 6: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Gráfico 7: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad
- Gráfico 8: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)
- Gráfico 9: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Gráfico 10: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Gráfico 11: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Depresión
- Gráfico 12: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Gráfico 13: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)
- Gráfico 14: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Gráfico 15: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Depresión
- Gráfico 16: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)
- Gráfico 17: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de pacientes al Inicio de la Radioterapia
- Gráfico 18: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia
- Gráfico 19: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Estrés

## Percibido

- Gráfico 20: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)
- Gráfico 21: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes Diagnosticados por Primera vez
- Gráfico 22: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad
- Gráfico 23: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los de Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido
- Gráfico 24: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)
- Gráfico 25: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio y Final de la Radioterapia
- Gráfico 26: Comparación entre las medias del Componente Mental de Calidad de Vida (CSM) de los grupos de pacientes al Inicio y al Final de la Radioterapia
- Gráfico 27: Puntajes de cada dimensión de Calidad de Vida Grupos Inicio y Final Radioterapia
- Gráfico 28: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Gráfico 29: comparación de las puntuaciones medias del Componente Mental (CSM) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Gráfico 30: Puntajes de cada dimensión de Calidad de Vida en Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Gráfico 31: Comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva
- Gráfico 32: comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio de la Radioterapia

## RESUMEN

. El presente estudio consistió en la evaluación de ciertos indicadores de salud mental, los cuales son: Ansiedad, Depresión y Estrés Percibido, y la evaluación de Calidad de Vida, en pacientes oncológicos bajo tratamiento de radioterapia. Para evaluar las variables se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión en hospitales (HADS), el Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein (PSQ) y El Cuestionario de Salud y Calidad de Vida SF 36 V2 para Chile.

La población seleccionada se compone de 4 grupos de 30 personas cada uno, con una muestra total de 120 participantes, donde cada grupo corresponde a pacientes en alguna de las etapas: inicio radioterapia, final radioterapia, pacientes diagnosticados por vez inicial y pacientes que se encuentran en una recidiva de la enfermedad.

Los resultados indicaron que en estos pacientes existe afectación de los indicadores de salud mental, existiendo además diferencias en las puntuaciones de cada grupo de acuerdo a la etapa de la enfermedad que cursen. Por otro lado, también se encontraron puntuaciones deficientes de la Calidad de Vida, indistintamente en cada etapa, existiendo pequeñas diferencias entre algunas etapas.

## I. INTRODUCCIÓN

Las repercusiones psicológicas de las distintas enfermedades sobre el ser humano son un factor importante que siempre debe considerarse en su evaluación y manejo. Se sabe que esto varía de una dolencia a otra, en parte, debido al significado emocional que cada una conlleva. Esto es especialmente evidente en el caso del cáncer, rodeado además de una fuerte tensión en el entorno social de la persona afectada, mezcla de temor e indefensión. Al respecto, Borysenko y Borysenko (En Gómez, González y Llorca, 1988) indican que el diagnóstico de cáncer o su sospecha, el ajuste psicosocial a la enfermedad crónica y el miedo al tratamiento, a la aparición de metástasis o a la muerte influyen en las respuestas psicológicas de los pacientes. En principio, las reacciones al estrés generado por un cáncer son universales, aunque factores como el tipo de tumor, la facilidad o dificultad para localizarlo y las manifestaciones externas que conlleve pueden influir en la respuesta psicológica tanto del paciente como de su familia (Hersch, Schain y Hay, 1984).

El cáncer está determinado no solamente por variables biológicas, sino también por un conjunto de factores sociales, culturales y psicológicos que afectan a la forma de responder a la enfermedad por parte del sujeto (Moro, 1997). En población oncológica algunos factores psicológicos resaltan mayormente por su incidencia en el desarrollo de la actividad neoplásica, por su influencia en la adherencia al tratamiento o por la propia evaluación del proceso como generador de malestar constante tanto físico, psicológico y social de este grupo de personas. Se estima que un 47% de pacientes recibe un diagnóstico DSM, de los cuales un 44% corresponde a un síndrome clínico (Derogatis, 1983). Es así como se presenta la depresión como una enfermedad discapacitante que afecta a un 25% de los pacientes de cáncer, afectando de la misma manera a hombres y mujeres (Nacional Cáncer Institute, NCI), e incluso se habla de cifras de prevalencia de hasta un 77 % (Mangili, 2007). Las personas que reciben un diagnóstico de cáncer experimentarán distintos niveles de estrés y angustia emocional, y en los pacientes que reciben cuidado paliativo por un cáncer pueden tener, con frecuencia, sentimientos de depresión y ansiedad que los conducen a experimentar una calidad de vida mucho más baja (NCI), la cual según estudios, sería clave para sobrevivir a esta enfermedad (Nicolau, 2007).

En Chile, en 1994 se creó el "Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos" y en abril de 2003, éste fue incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas. Este programa ha dado atención a un gran número de pacientes oncológicos ambulatorios y en un reporte oficial muestra que distinta sintomatología se manifiesta, esto es, un 78% presenta dolor, anorexia, ansiedad y baja de peso, 67% náuseas, vómitos e insomnio y 60% disnea y depresión, los cuales tienen importante relación con la esfera psicológica de estas personas (Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos Chile, 2004). De acuerdo a los antecedentes revisados tanto de Chile como del extranjero, se hace, por tanto, necesario que la evaluación de la Salud Mental en población oncológica deba considerar múltiples constructos y factores psicológicos como constituyentes de ésta, y como una variable importante de considerar en el tratamiento médico integral de estos pacientes.

Dentro de la presente investigación se intentará hacer una evaluación en salud mental en distintas etapas de la enfermedad, considerando 3 indicadores de ésta; nivel de estrés percibido, niveles de depresión y ansiedad, y la evaluación de calidad de vida, los cuales fueron seleccionados por presentarse como algunos de los más afectados en personas que se enfrentan a un proceso de enfermedad de este tipo.

La revisión teórica que se presentará a continuación hace un recorrido por los factores orgánicos que se ven alterados por aspectos emocionales, la relación entre estrés, depresión y sistema inmune, los mecanismos involucrados en la depresión y ansiedad presentes en la población estudiada, y la afectación de la calidad de vida, en distintos ámbitos, que sufren estas personas por la presencia de una enfermedad tan compleja como lo es el cáncer.

Este recorrido mostrará los antecedentes que fundamentan la presente investigación y que llevan a determinar el objetivo del estudio, es decir, entregar índices sobre salud mental en población oncológica de la Quinta región, específicamente la perteneciente al servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren, de lo cual se pretende obtener información que puede constituir un considerable aporte a la hora de establecer los lineamientos en materia psicológica para el tratamiento integral de estos pacientes. El objetivo ha sido propuesto además por la importancia que ha ido adquiriendo en los últimos años la Psicooncología como área de estudio y cuyos resultados demuestran la importancia de los factores psicológicos vinculados al Cáncer, área en la cual se enmarca la presente investigación.

## **II. MARCO DE ANTECEDENTES TEÓRICOS**

Es importante comenzar aclarando que existen múltiples estudios dirigidos a investigar la relación entre distintas enfermedades que afectan a nuestro organismo y su ligazón a la esfera psicológica en los seres humanos, estudios enmarcados en lo que se conoce como Psicología de la Salud, área en la cual se desarrolla la presente investigación. Además, existe una rama de esta área de la psicología cuyo foco de estudio corresponde al estudio de la influencia de aspectos psicológicos en la enfermedad del Cáncer y en cómo se experimenta este suceso, ya sea en la forma en que afecta a las personas que viven este proceso y al contexto inmediato en el que están insertos (familia, trabajo, pareja, etc), rama conocida como Psicooncología. Es en esta temática donde se centra principalmente la presente investigación, ya que se considerarán aspectos como la ansiedad, la depresión y la calidad de vida, en personas afectadas por esta enfermedad, como presentes en distintas etapas del tratamiento médico al cual son sometidas. También existe una rama cuyo interés se dirige a la vinculación entre la aparición y el desarrollo de la actividad neoplásica, y los factores de tipo psicológicos que pueden estar afectándola, lo cual se conoce como Psiconeuroinmunología, la cual será brevemente abordada dado que uno de los problemas a estudiar son los niveles de estrés percibido en la población escogida, ya que se ha demostrado una relación considerable entre este aspecto y la existencia y el proceso de enfermedad de estas personas.

A continuación se hará un recorrido por algunos indicadores de Salud Mental que fueron seleccionados por ser de relevancia en un proceso de enfermedad como el mencionado, los cuales corresponden a Ansiedad, Depresión y Estrés Percibido, y además de suma la revisión de Calidad de Vida, la cual también será evaluada en el estudio.

### **1. INDICADORES DE SALUD MENTAL EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA**

#### **1.1 La Ansiedad y la Depresión vinculadas al Cáncer**

##### **1.1.1 La Ansiedad en pacientes con cáncer**

La ligazón entre ansiedad, miedo y tristeza constituye una manifestación universal ante el diagnóstico de un cáncer o de recidiva de éste. A lo largo de los tratamientos

oncológicos, de los seguimientos e incluso de la historia de vida posterior, cuando el enfermo está libre de enfermedad o curado, ansiedad y cáncer aparecen encadenados en casi todas las personas. (Meseguer, 2003).

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y si puede tener un origen biológico (Bayés, 2003). Dicha distinción resulta difícil de aplicar en el paciente oncológico debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto) suele ser altamente estresante, constante y persistente en el tiempo. En este caso, la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica (Noyés, 1989). Dicha ansiedad patológica puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles.

Se considera que la ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. De hecho, todo el proceso de la enfermedad neoplásica está plagado de miedos, angustia y dudas. Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad (Davidson, 2002; Cella, 1986). Es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en el paciente oncológico, a su potencial para interferir en

la calidad de vida del paciente y porque puede disminuir su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo (Maté, 2004).

La sospecha de un posible diagnóstico de cáncer produce ansiedad anticipatoria, como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechoso en la primera prueba (Sandín, 2001). Su ansiedad está relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer y se ve aliviada por la reducción del tiempo de incertidumbre (Hislop, 2002), así como por estrategias de afrontamiento cognitivo de evitación (Heckman, 2004). La investigación sobre la comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer ofrece resultados diferentes en función del resultado y del momento de la evaluación. Por lo general, las pruebas genéticas suponen una amenaza cuando el sujeto todavía no conoce el resultado, lo que conduce a incrementar el nivel de ansiedad (Loader, 2004). Cuando ya se conoce el resultado, la ansiedad tiende a disminuir (Meiser, 2002), si dicho resultado ha sido negativo, mientras que tiende a aumentar, en caso contrario (Loader, 2004). No obstante, no siempre se obtienen resultados significativos sobre la reducción de la ansiedad (Braithwaite, 2004).

En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas como resulta de la comunicación de malas noticias sigue un proceso en el que a lo largo del tiempo se van sucediendo pruebas y resultados. A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de las pacientes que tienen que repetir una prueba, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer (Lampic, 2001). Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, se produce una disminución estadísticamente significativa del nivel de ansiedad; mientras que si hay resultados positivos, o continúan las pruebas, se mantienen los niveles altos de ansiedad (Lampic, 2001).

En cuanto a los tratamientos, las preocupaciones y el temor durante los mismos acompañan al paciente en todos y cada uno de ellos. La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos, así como la mucositis, las náusea, anorexia y vómitos, desencadenan en pacientes de diferentes edades, mientras duran estas condiciones, el temor y la fantasía de no volver a recuperar el vigor o la fortaleza física y de conducir a la muerte directamente. Estas fantasías que en ocasiones se confunden con fantasías arraigadas, las tienen también algunos pacientes sometidos a radioterapia, cuando empiezan a sentir que sus esfuerzos para sobreponerse a la fatiga y el cansancio son estériles, así como cuando las alteraciones de la piel derivadas del tratamiento ocasionan heridas relevantes y curas delicadas

que ni a ellos mismos gusta curar y requieren de la dependencia de algún familiar para las mismas. De acuerdo a esto, no sólo la experiencia de sentirse enfermo genera la reacción de ansiedad, sino que los tratamientos por sus efectos secundarios y toxicidad neurológica, aumentan en el paciente la sensación de pérdida de control y del autoconcepto o identidad que de sí tenía antes de enfermar, potenciando su angustia o sufrimiento y mermando su calidad de vida (Meseguer, 2003).

Si se habla de cifras, en Chile un 19% de personas presenta algún trastorno de ansiedad (cuadros angustiosos) de acuerdo a [www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl), y un 25,7% en profesionales chilenos de acuerdo a un estudio de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile y el OPECH ([www.educacion2020.cl/documentos/tasa\\_depresion\\_ansiedad\\_profesores.pdf](http://www.educacion2020.cl/documentos/tasa_depresion_ansiedad_profesores.pdf)) cifras que se encontrarían por debajo de las encontradas en pacientes con cáncer. Además, en general los trastornos de ansiedad son dos veces más frecuentes en las mujeres<sup>1</sup> ([www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl)), aunque esta cifra no sería igual en población oncológica, ya que afecta de igual modo a ambos sexos (Maté, 2003).

### **1.1.2 Depresión vinculada a la enfermedad del Cáncer**

La depresión en pacientes con cáncer en general es común y ocurre a través del curso de la enfermedad (Derogatis, 1983; Minagawa, 1996). La Depresión es una enfermedad, que afecta aproximadamente al 10% de la población general, y en Chile, la prevalencia de los cuadros afectivos corresponde a un 16% ([www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl)). Una encuesta efectuada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina a mujeres de 33 a 55 años en varios países de esta región muestra que en Chile un 29% dice que ha tenido depresión ([www.emol.com](http://www.emol.com)). En Atención Primaria ocurre algo similar, ya que un tercio de los pacientes atendidos presentarían este cuadro. Otros estudios muestran que la prevalencia en la vida de los trastornos psiquiátricos en mayores de 15 años es 36%, siendo uno de los más frecuentes los cuadros afectivos (16%) ([www.psiquiatriachile.cl](http://www.psiquiatriachile.cl)). Además la tasa de depresión afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres, y está por sobre todas las naciones latinoamericanas y es una de las más altas de mundo (Risco, 2008).

<sup>1</sup> Es igual en ambos sexos en el caso específico del trastorno Obsesivo – Compulsivo

En población oncológica, cerca del 25% de los pacientes presentan un cuadro depresivo (algunos autores consideran que el porcentaje tan alto se deba más a trastornos de adaptación), incluso para ciertos tipos de cáncer, como el de páncreas, la tasa alcanza 50% de los pacientes, considerándose inclusive, un pródromo de la enfermedad (Guevara, 2006).

A pesar de la frecuencia con que se producen trastornos de estado de ánimo en los enfermos con cáncer, los síntomas depresivos generalmente pasan desapercibidos en esta población y, consecuentemente, no reciben el tratamiento adecuado (Die Trill, 2003). De acuerdo a Guevara (2007), cáncer no es igual a depresión, pero en muchos ambientes, incluyendo el médico, la depresión se subdiagnóstica, por la falsa creencia de ser una reacción "normal" en una persona, que padece una patología como el cáncer. El diagnóstico independiente de las patologías en estos casos, cobra importancia, ya que a través de estudios epidemiológicos se ha observado que la depresión, afecta negativamente la sobrevida del paciente, los días de hospitalización, la colaboración con el tratamiento, la autonomía del paciente y su calidad de vida. Así mismo, se ha determinado que la intensidad de la depresión puede ser mayor, a medida que progresa la enfermedad. El Trastorno depresivo mayor, consta de determinados criterios para su diagnóstico como: tristeza persistente, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, dificultad para concentrarse, irritabilidad, llanto fácil, sentimiento de culpa o minusvalía, pensamientos acerca de la muerte o el suicidio, quejas somáticas o dolores que no responden a tratamiento; pero existen otros criterios que también están incluidos, y son importantes para poder determinar la enfermedad en el paciente, como son la evaluación de los síntomas vegetativos: pérdida de peso y apetito, insomnio, pérdida de energía, fatiga. La depresión se manifiesta, a grandes rasgos, como sentirse con mal humor y no poder realizar las actividades usuales. Cuando estos síntomas interfieren mucho con las actividades diarias de la persona, como el trabajo, los estudios, las compras o el cuidado del hogar, se los debe tratar igual que si fueran síntomas de depresión grave (por ejemplo, con intervención en situaciones de crisis, orientación y medicamentos, sobre todo con fármacos que pueden aliviar rápidamente los síntomas más penosos). En las personas con cáncer avanzado, puede ser problemático basar el diagnóstico solo en estos síntomas, ya que la enfermedad puede estar provocando una disminución de sus funciones. Es importante identificar la diferencia entre la fatiga y la depresión, ya que estas pueden ser evaluadas y tratadas por separado. En los casos de enfermedad más avanzada, para diagnosticar la depresión suele ser útil enfocar los sentimientos de desesperación y culpa, y la pérdida total del placer de vivir.

Hay factores médicos que también pueden causar síntomas de depresión en los pacientes de cáncer. Algunas de las causas médicas de depresión en los pacientes con cáncer incluyen el dolor incontrolable, las concentraciones anormales de calcio, sodio o potasio en la sangre, la anemia o la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> o de folato, la fiebre y las concentraciones anormales de la hormona tiroidea o de esteroides en la sangre (National Cancer Institute, 2008).

Estas manifestaciones de la depresión se confunden con los síntomas propios de la enfermedad, creando confusión en el diagnóstico, el médico tratante termina por atribuírselos a la enfermedad misma, a los efectos secundarios de los corticoesteroides o la quimioterapia. Este tipo de tratamiento, junto a la hormonoterapia e inmunoterapia, puede afectar notablemente a los pacientes, provocando síntomas depresivos de por sí, o alteraciones cognoscitivas y motoras que conllevan finalmente también a un estado depresivo. Otros tratamientos, como la radioterapia, también disponen comúnmente a este estado, especialmente en aquellos enfermos que no reciben radioterapia por primera vez, pues ello significa que están siendo tratados por enfermedad más avanzada. En estos casos, siempre se encuentra el temor ya descrito a que si este segundo tratamiento no es eficaz, no podrán recibir más en casos de nuevas recidivas del tumor, por haber alcanzado ya la dosis máxima de radiación que pueden recibir (Die Trill, 2003).

### **1.1.3 Factores de riesgo de Ansiedad y Depresión en población oncológica.**

Como ya ha sido mencionado, existen algunos factores específicos que promovería de mayor manera la presencia de alguno de estos cuadros clínicos en pacientes con cáncer, los cuales son importantes de destacar, ya que serán considerados a la hora de seleccionar la muestra del estudio, para evitar posibles interferencias en los resultados de ésta.

- Antecedentes de depresión y del estado de ánimo y/o de trastornos ansiosos (Maté, 2004).
- Localización del tumor: Algunos tumores por su ubicación generan obstrucciones o deficiencias en las vías respiratorias generando sensaciones de ahogo en los pacientes con lo cual la presencia de ansiedad se ve considerablemente aumentada. En localizaciones como el encéfalo, principalmente afectando la corteza cerebral, la depresión se presenta producto de que el paciente se da cuenta de la pérdida de algunas funciones cognitivas o la falta de control sobre éstas, considerando además que el deterioro podría ser irreversible (Die Trill, 2004).

- Tratamiento oncológico: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden ser inductores de ansiedad y depresión. El tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo tienen influencia en los niveles de estos cuadros. La Quimioterapia es una de las mayores causas generadoras de malestar emocional, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al inicio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos durante el mismo, llegando a ser síntomas condicionados que pueden dificultar la adherencia al tratamiento. Además, algunos fármacos de quimioterapia producen síntomas psicóticos y afectivos, tales como la Dacarbacina, Vinblastina, Vincristina, L-Asparaginasa, Procarbacina, Hidroxiurea, Interferón y Esteroides, los cuales influyen en cuadros depresivos, alucinaciones, ansiedad, ideación suicida manía, etc. Otros fármacos que también presentan algún grado de incidencia en este tipo de alteraciones son la Metoclopramida y los Corticoides (Lederberg, 1995). Con respecto a la Radioterapia, en general la ansiedad se presenta previa al tratamiento por el temor a sentir dolor o quemazón, y por lo amenazante que se ve la máquina que aplica la radioterapia generando incluso sensaciones claustrofóbicas. Sin embargo, esto disminuye casi totalmente luego de la primera aplicación de este tratamiento (Die Trill, 2004).
- Factores orgánicos: trastornos de ansiedad y/o depresivos debidos a a sustancias (Maté, 2004).

## **1.2 El Estrés vinculado a la enfermedad del cáncer**

### **1.2.1 El Estrés vinculado a la enfermedad del cáncer desde la Psiconeuroinmunología**

La relación entre el Cáncer y el estado de ánimo ha sido sugerida desde la antigüedad. Ya Hipócrates hablaba de la asociación entre las personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno en la misma línea, pensaba que las mujeres melancólicas eran más vulnerables al cáncer que las mujeres de temperamento sanguíneo (Die-Trill, 2004). En la actualidad sabemos que el sistema nervioso central (SNC), el endocrino y el inmunitario son sistemas complejos que interaccionan unos con otros y la Psiconeuroinmunología estudia en su conjunto la interacción de los tres sistemas. Esta relación indica que los eventos que afectan a alguno de estos sistemas tendrán alguna influencia sobre los otros, y es allí donde se explica el papel de las emociones dentro de algunas enfermedades que afectan al ser humano, en este caso particular, en el cáncer. Los datos

actualmente existentes muestran la existencia de múltiples y complejas vías de interacción bidireccional entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario (Die-Trill, 2004):

a. El sistema nervioso se comunica con el sistema inmunitario, en primer lugar, de una forma directa, a través de tres vías:

1. La inervación simpática noradrenérgica de los órganos linfoides primarios (la médula ósea y el timo) y secundarios (el bazo y los nódulos linfáticos)
2. Contactos sinápticos directos entre terminales nerviosos peptídicos y linfocitos
3. La producción de citocinas –sustancias capaces de afectar la actividad de las células inmunitarias- por parte de las células microglías del cerebro.

b. El sistema nervioso también se comunica con el sistema inmunitario, aunque de forma indirecta a través de la regulación que ejerce sobre la actividad endocrina (catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento, prolactina, endorfinas y encefalinas, hormonas sexuales).

c. También el sistema inmunitario puede, a su vez, afectar la actividad de los sistemas nervioso central y endocrino, a través de las sustancias que liberan las células inmunitarias (interleucinas, interferones, neuropéptidos, ACTH y hormonas).

Es importante entender la forma en que podría vincularse el estrés desde múltiples sistemas, y como éste podría influir en ciertas enfermedades. En el caso particular, el estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc. (Arbizu, 2000).

El efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad es uno de los aspectos más estudiados de la psiconeuroinmunología. Las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace claramente distintas del resto y patológicas. Un posible papel del sistema inmunológico,

en la defensa contra el cáncer, sería precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales en las cuales han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse. Existen unas células llamadas NK (natural killer) cuya actividad citotóxica se manifiesta ante diferentes tumores y es importante dentro del mecanismo de destrucción tumoral (Bovbjerg, 1990). Investigaciones sobre humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, como inductores o asociados con funciones inmunes alteradas (Kiecolt-Glaser, 1991). Como acción determinante, el estrés modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo. Varios autores han analizado los efectos de la relajación en el sistema inmune de pacientes oncológicos, concluyendo que un entrenamiento continuado en relajación afecta positivamente a parámetros inmunológicos en un grupo de pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia (Lexander, 1997). En un grupo de pacientes con cáncer metastásico, el entrenamiento en técnicas de relajación durante un año produce cambios significativos en varias medidas de inmunocompetencia (Gruber, 1988).

Además determinadas células del sistema inmune secretan ellas mismas péptidos, algunos de los cuales son precursores de neurotransmisores, con lo que se establece una comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune. Algunos autores (Faller, 1999) han encontrado relación entre niveles altos de estrés y menor supervivencia. Sklar y Anisman (1981) en una completa revisión sobre estrés y cáncer concluyen: "Nuestro punto de vista es, no que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a las que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas".

Un buen resumen acerca de la relación entre el estrés y el cáncer lo expresan Wayner, Cox y Mackay (1979) al destacar que:

1. El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: i. Aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno; ii. Interactuando con los efectos de un carcinógeno; iii. Permitiendo la expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal.

2. Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar en combinación con el sistema neuroendocrino.

3. El bloqueo de ciertas células inmunológicas, tales como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del propio tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas eludieran la acción de las defensas del organismo.

### **1.2.2 Estrés Percibido en pacientes con cáncer**

Tomando como base el modelo propuesto por Sandín (1995, 1999) y haciendo énfasis en el Estrés Percibido y las respuestas psicosomáticas, González y Landero (2006) presentan un modelo que es base para las investigaciones orientadas al estudio del estrés y sus consecuencias, tanto a nivel emocional, conductual o fisiológico. En el modelo explicativo del estrés y los síntomas psicosomáticos de González y Landero, se explica que ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de estos), la persona puede o no percibir estrés dependiendo de la valoración que hace de sus recursos (ejemplo: autoestima y autoeficacia), la valoración del apoyo con que cuenta (ejemplo: apoyo social percibido) y de la situación (como amenazante, de desafío o de daño/perdida). En el caso del cáncer, los pacientes que sufren esta enfermedad suelen considerar la situación como algo amenazante, y además, los tratamientos a los que son sometidos para curar la enfermedad, son evaluados como algo dañino para el cuerpo, y que incluso puede hacer que su condición empeore (Die Trill, 2003). También se considera que las variables sociodemográficas puedan ser un factor relacionado al estrés percibido y a los síntomas psicosomáticos. En el cuestionario que será utilizado para evaluar este indicador, el PSQ (Leneinstein, 1993), estos antecedentes son considerados ya que son de gran relevancia en la forma en como estas personas se enfrentan a su enfermedad, y por lo tanto, son constituyentes de la manifestación de este indicador en la población indicada.

## 2. CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ONCOLÓGICA

El control del cáncer es actualmente una de las prioridades en salud pública dada la mortalidad y morbilidad que produce esta enfermedad y el coste sanitario, económico y humano que acarrea tanto la enfermedad como su tratamiento. La curación de un proceso neoplásico no siempre es posible, por lo que durante las últimas décadas los estudios oncológicos realizados buscaban una mejor comprensión de la naturaleza del cáncer que permitiese obtener para los pacientes supervivencias cada vez mayores. Históricamente la valoración de las terapias del cáncer se ha centrado en variables biomédicas, como la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y otras. Desde la pasada década ha habido un esfuerzo importante dirigido a medir y a mejorar la Calidad de Vida de los pacientes oncológicos.

Por Calidad de Vida se recoge la definición de Font (1988) quien la entiende como la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos serían los del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos. La opinión de muy diversos autores (Nayfield, 1992; Bjordal, 1995) nos lleva a poder decir que hay un consenso en que la Calidad de Vida es un fenómeno subjetivo y debe ser el propio paciente quien valore su Calidad de Vida. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables, y diversos factores, además de los físicos, entran en juego al medir la Calidad de Vida. Por ejemplo, dos pacientes pueden entender de manera muy distinta el mismo alivio del dolor, si uno de ellos considera que es un signo de esperanza y el otro no. Además, puede que las valoraciones de los pacientes sean diferentes de las de los médicos, y también de las de los familiares (Arrarás, 1995). De todas las interpretaciones de Calidad de Vida, destaca la del psicólogo cubano Jorge Grau, al plantear que la misma definición del término calidad de vida, dada su contemporánea naturaleza compleja y etérea, pudo llevar a una miríada de definiciones que en nuestra modesta opinión ha traído confusiones sobre cómo investigar el tema, porque lo que para algunos se describe como el efecto de los bienes materiales sobre la vida de las personas, para otros es más bien la satisfacción, bienestar y felicidad interior alcanzada por éstos en un periodo particular de su existencia. Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias

de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades (Grau, 1998; Grau y Gonzáles, 1997).

Los avances de la oncología han posibilitado que existan terapéuticas con un gran potencial curativo. Sin embargo, el tratamiento oncoespecífico puede afectar física, social y psicológicamente la vida y el estado de los pacientes, que a las consecuencias de la terapéutica deben añadir un esfuerzo adaptativo considerable. La amenaza a la existencia, el sentimiento de incertidumbre e incontrolabilidad que suscita el diagnóstico de cáncer, los cambios corporales tras la cirugía; los síntomas y signos secundarios a la quimioterapia y radioterapia; los cambios en el estilo de vida, así como las repercusiones que el proceso de la enfermedad tiene en la vida socio-familiar y laboral de los enfermos legitiman la investigación de las consecuencias del diagnóstico y su tratamiento. Estas son las razones por las cuales la medición de la calidad de vida echó raíces en la oncología (Ferrero, 1992).

En la década de los 80 se comenzaron a ampliar los alcances de los parámetros de evaluación empleados en la investigación de los servicios clínicos y de salud; más allá de los indicadores tradicionales del éxito terapéutico, tales como supervivencia prolongada y control de los síntomas clínicos. Particularmente en el terreno de la enfermedad crónica se ha aducido que la evaluación de tecnologías médicas requiere la atención de la salud funcional, psicológica y social del individuo. Esta tendencia es quizás más evidente en el campo de la oncología que en cualquier otro. Aunque la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global siguen en el centro del interés en la investigación clínica del cáncer, han surgido consideraciones sobre la calidad de vida (CV) como componente legítimo del proceso de evaluación (Lugo, 1995).

Las evaluaciones de la CV se han utilizado para una variedad de fines investigativos dentro de la oncología, entre las cuales se incluyen: descripción de la naturaleza y alcance de los problemas funcionales y psicosociales que confrontan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad; pesquiasaje de los casos para posibles intervenciones conductuales o psicofarmacológicas; monitoreo de la calidad de la atención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas o psicosociales (Aaronson, 1991). El punto más importante a comprender es que la CV, el estado de salud, el estado funcional y términos similares no son sinónimos. El concepto de CV se emplea de forma indiscriminada y sus instrumentos no son

siempre intercambiables para diferentes propósitos. Las inferencias prácticas que se extraen de la aplicación de estas medidas en las investigaciones biomédicas y clínica, podrían variar la política de salud y la práctica clínica en dependencia de qué se cree que se mide (Spizer, 1981; Winer, 1994).

El estado de salud a veces llamado CV relacionada con la salud, es una estructura compleja y multidimensional. Una lista parcial de variables conocidas incluye aspectos muy disímiles como: la supervivencia (SV) y la esperanza de vida; varios estados sintomáticos (dolor y náuseas); estados fisiológicos (tensión arterial o la glicemia); la función física (la movilidad y la deambulación); la función sensorial y la sexual, incapacidades relativas a la minusvalidez; las funciones emocionales y cognoscitivas (ansiedad, depresión); percepciones sobre la salud presente y futura y la satisfacción con su cuidado (Winer, 1994; Cella, 1993).

Las mediciones del estado de salud difieren en muchos aspectos como por ejemplo: la muerte, el dolor, la vejez y otros. Las nociones modernas del estado funcional y la satisfacción del paciente con la atención de la salud son muy recientes. Conceptos objetivos (la muerte y los estados fisiológicos) están bien definidos y medidos con considerable precisión, en cambio otros subjetivos (estabilidad emocional y las percepciones de salud) se miden con menor rigor cuantitativo. Algunas variables fisiológicas deben ser medidas por personal técnico (Lugo, 1995). Es por esta disyuntiva que no existe un instrumento único, genérico o específico de cáncer que pueda considerarse como patrón oro para evaluar Calidad de Vida (Aaronson, 1991; Wiklund, 1991). Sin embargo, existen algunos instrumentos que integran lo más posible estas variables, acercándose significativamente a una medición integral de este constructo. Se plantea además, en los últimos años, que, para analizar la calidad de vida percibida, parece mucho más útil el estudio del aspecto subjetivo, de naturaleza psicológica, evaluado globalmente por el propio paciente. (De Haes y Van Knippenberg (1989); Andersen, 1992, Cit. por T.A. Estévez, 1994; J. Grau et al, 2003).

De esta forma, Grau (2003) plantea que la tendencia actual en los estudios de calidad de vida, está centrada en la medición de los aspectos subjetivos que refractan las condiciones materiales de vida. Adquiere también relevancia en este enfoque la cuestión de quién realiza la evaluación, si un observador externo o la propia persona (evaluación externa o evaluación interna respectivamente terminología propuesta por González-Marín 1994). Gran parte de los

investigadores se inclinan por la segunda opción, es decir por la propia persona. (S. Reiniel de Carrasquel, 1992; I.B. Díaz, 1994; J. Grau, 1996; R. Botler, 2003).

En Chile, los resultados de la encuesta “ESTADO DE SALUD DE BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE CHILE: 2004 -2005 demuestran, que en promedio y en forma global, la percepción del estado de salud de los encuestados puede considerarse como regular; el promedio de las medias de las 8 escalas fue de 71,1 puntos en la escala de 0 –100, donde 0 es “la peor salud” y 100 “la mejor salud”. La dispersión en el promedio de respuestas comprendidas en el “mejor scores” de la mayoría de las escalas, también reflejan esta observación.

Comparando estos resultados con la percepción de salud de la población > 15 años de Chile recogidos en la Encuesta Casen del año 2003, donde el 69,2% de los hombres y el 59,2% de la mujeres, consideró su salud como buena o muy buena (Mideplan, 2003), los resultados del cuestionario SF –36 v.2, respecto a una pregunta equivalente (SG-1) muestra que el 72,2% de los hombres y el 65,3% de las mujeres perciben su estado de salud como bueno o muy bueno. Por otra parte, y en el otro extremo de la escala, el 5,4% de los hombres y el 8,5 % de las mujeres de la CASEN 2003, percibieron su salud como mala o muy mala, mientras que en este estudio, el 1,6% de los hombres y el 2,7% de las mujeres consideró su salud como mala. Sin embargo, en la encuesta SF-36 v.2, el mejor score del rango de posibilidades de respuesta a la pregunta SG-1 incluye la categoría “excelente” y excluye la categoría “muy mala” de la Encuesta Casen 2000 por lo que ambos instrumentos no son comparables, existiendo un “desplazamiento” hacia una evaluación más optimista de SF-36, que debe considerarse al momento de sacar conclusiones con uno u otro instrumento (Olivares, 2006).

Más aún, si se comparan los resultados de las encuestas CASEN 2000 y 2003 respecto a la percepción global del estado de salud, se puede concluir que el estado de salud de la población ha empeorado a través de este periodo. El año 2000, el 71,3% de los hombres y el 62,2% de las mujeres, consideró su salud como buena o muy buena. Por otra parte, el 5,6% de los hombres y el 7,8% de las mujeres consideró su salud como mala o muy mala en la CASEN 2000, lo que pone en evidencia una peor percepción del estado de salud en las mujeres (Mideplan, 2001). Si bien es cierto, que la percepción global del estado de salud puede considerarse como regular en esta muestra, el análisis de las medias normalizadas de los CSF y CSM, muestran diferencias estadísticamente significativas con la media estándar de 50 El CSF en mujeres es

significativamente peor que el estándar. El CSF en hombres es mejor que el estándar pero no es significativo estadísticamente. El CSM en ambos sexos, es significativamente peor que el mismo estándar. En ambos componentes, las mujeres presentan un peor estado de salud.

Estos resultados son consistentes con los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud realizada el año 2003 por el INE y el MINSAL, la cual mostró que la satisfacción con la salud de los encuestados fue significativamente mejor (5,4 en escala de 1 a 7) en los hombres que en las mujeres (5,1). Analizados ambos componentes del estado de salud por grupos de edad, el CSF en ambos sexos, presenta una tendencia decreciente al aumentar la edad, pero la pendiente es mayor en las mujeres; a mayor edad, el CSF es peor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos etáreos. Por su parte, la media de CSM se encuentra por debajo de la media normal en todos los grupos de edad, lo que demuestra una peor percepción del estado de salud en este componente y además, una significativa diferencia entre ambos sexos, en desmedro de las mujeres. Esto último, es consistente con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2003) que demostró una tasa de prevalencia para la depresión de 24,3/100 adultos en mujeres > de 17 años. Esta tasa es más que el doble de la tasa de prevalencia de depresión en hombres (10,4).

### **III. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

En base a la revisión teórica presentada anteriormente, se puede definir la presente investigación como se presenta a continuación.

#### **1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Varían los Indicadores de Salud Mental y Calidad de Vida en diferentes etapas de la enfermedad oncológica en pacientes en tratamiento con Radioterapia?

#### **2. OBJETIVO GENERAL**

- Comparar algunos indicadores de salud mental y calidad de vida en pacientes oncológicos, en diferentes etapas del tratamiento radioterapéutico.

#### **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Comparar algunos indicadores de salud mental (ansiedad, depresión y estrés percibido) en pacientes oncológicos al inicio y al final del tratamiento con Radioterapia en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.
2. Comparar algunos indicadores de salud mental (ansiedad, depresión y estrés percibido) en pacientes oncológicos diagnosticados por primera vez y en los que presentan una recidiva de la enfermedad, en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.
3. Comparar Calidad de Vida en pacientes oncológicos al inicio y al final del tratamiento con Radioterapia en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

4. Comparar Calidad de Vida en pacientes oncológicos diagnosticados por primera vez y en los que presentan una recidiva de la enfermedad, en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

#### **4. HIPÓTESIS**

1. Los grupos de pacientes seleccionados presentarán diferencias en las puntuaciones de los distintos cuestionarios aplicados.
2. Existen mayores niveles de Ansiedad en el inicio del tratamiento de Radioterapia que en el final de éste.
3. Existen mayores niveles de Ansiedad en los pacientes frente al diagnóstico inicial que en los que presentan una recidiva de la enfermedad.
4. No existen diferencias significativas en los niveles de Depresión en los pacientes en el inicio del tratamiento con radioterapia y en el final de éste.
5. Existen menores niveles de Depresión en los pacientes frente al diagnóstico inicial que en los que presentan una recidiva de la enfermedad.
6. Existen mayores niveles de Estrés Percibido en el inicio del tratamiento de radioterapia que en el final de éste.
7. No existen diferencias significativas en los niveles de Estrés Percibido en los pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad.
8. No existen diferencias significativas en las puntuaciones del Componente Físico de la Calidad de Vida entre los pacientes que se encuentran en el inicio del tratamiento con radioterapia y los que están al final del mismo
9. No existen diferencias significativas en las puntuaciones del Componente Mental de la Calidad de Vida entre los pacientes que se encuentran en el inicio del tratamiento con radioterapia y los que están al final del mismo.
10. Existen diferencias significativas en las puntuaciones del Componente Físico de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad.
11. Existen diferencias significativas en las puntuaciones del Componente Mental de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente Investigación corresponde a una investigación Comparativa, de diseño metodológico No experimental Transversal. Además, según el análisis y alcance de los resultados es de tipo Descriptivo.

#### **1.1 Tipo de Investigación.**

La presente investigación está enmarcada dentro del modelo cuantitativo, utilizando métodos y técnicas estadísticas tanto para la recolección de datos como para su análisis, de manera de probar o refutar las hipótesis que se han planteado. Con esto se pretende medir cuantitativamente las variables presentes en este estudio, ya sea el estrés, la depresión, la ansiedad y la calidad de vida como indicadores de Salud Mental. El tipo de Investigación es Descriptivo pues consiste en la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual de las variables de estudio propuestas, a partir de las hipótesis y objetivos planteados y teniendo como característica fundamental el presentar una interpretación correcta de los resultados obtenidos.

#### **1.2 Diseño de Investigación**

El diseño de estudio es de tipo No Experimental, pues se observarán los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, no habiendo manipulación de variables, sino sólo control de las mismas, lo que será explicado en mayor profundidad en el apartado sobre procedimientos de selección de muestra. Además corresponde a un diseño no experimental de tipo transversal, pues las variables anteriormente mencionadas serán medidas en esta única oportunidad, conociendo el estado actual de ellas y sus incidencias en el grupo muestral. Por otra parte, el grupo a estudiar posee características ya definidas, para lo cual se irá homogeneizándolo de modo que sea lo más representativo de las variables a estudiar, correspondiendo esto a trabajo con Grupos Intactos.

## 2. POBLACIÓN PARTICIPANTE

La selección de la población de este estudio es de tipo no probabilística. El estudio se llevó a cabo con una cantidad de 120 personas en su totalidad, todos sujetos voluntarios, lo cual se desarrolló en base a la metodología de recolección de datos “Bola de Nieve” (Azorín Poch, 1962) la cual consiste en localizar a algunos individuos que cumplan con los requisitos planteados para la presente investigación. Estos individuos contestan los instrumentos requeridos por el estudio y, posteriormente, a cada uno de ellos se les solicita contactar a otros sujetos que cumplan con los requerimientos de la investigación. Estos nuevos participantes contestan los instrumentos, contactan a otros sujetos y así sucesivamente hasta conseguir la muestra estipulada anteriormente.

Los criterios de selección para seleccionar la muestra y que ésta sea lo más homogénea posible fueron:

- Encontrarse bajo tratamiento médico de Radioterapia u otro diferente de la Quimioterapia y sin prescripción de antieméticos. Se excluyen los pacientes con tratamiento de Quimioterapia, Hormonoterapia e Inmunoterapia, por las posibles alteraciones que provocan estas drogas en el estado de ánimo, como por ejemplo la Metoclopramida, los corticoides, la Procarbina, el Interferón, los Esteroides, entre otros. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar o de otro tipo pero que comprometa las vías respiratorias, los tumores encefálicos, los tumores secretores de hormonas y los que por su localización invaden núcleos de síntesis hormonal que pueden afectar directamente las variables psicológicas estudiadas. Por lo tanto, los diagnósticos considerados son:
  - Cáncer de mama (entre 16 y 33 sesiones)
  - Cáncer testicular (10 sesiones)
  - Cáncer de próstata (38 a 42 sesiones)
  - Cáncer de extremidades o Sarcomas (25 sesiones)
  - Cáncer de endometrio (28 sesiones)
  - Tratamiento paliativo (sólo los de 10 sesiones)

- No son considerados los pacientes en fase terminal de la enfermedad, que se encuentren en condiciones físicas no recomendables para ser sometidos a este tipo de procedimientos, por los cuestionamientos éticos sobre evaluación en estos grupos.
- No tener diagnóstico sobre algún trastorno mental previo a la enfermedad que pueda interferir en las variables psicológicas estudiadas (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, etc).
- No poseer factores orgánicos como trastornos de ansiedad o del estado de ánimo por consumo de sustancias, lo cual es preguntado en la entrevista previa a la evaluación.

La población participante se distribuye en 4 grupo distintos, cuyas características son:

- Grupo A1: 30 Pacientes oncológicos que se encuentren en la fase inicial del tratamiento de Radioterapia (el 25% inicial del número total de sesiones). Dentro de este grupo hubo un 63,33% de participantes mujeres, y un 36,66% de participantes hombres.
- Grupo A2: 30 Pacientes oncológicos que se encuentren en la etapa final del tratamiento de Radioterapia (el 25% final del número total de sesiones o la fase de sobreimpresión en los casos correspondientes), los cuales se dividieron en un 73,33% de participantes mujeres y un 26,66% de hombres.
- Grupo B1: 30 Pacientes oncológicos diagnosticados por primera vez, es decir, que no presenten un diagnóstico previo de cáncer ni hayan estado sometidos a los tratamientos de éste y que no pertenezcan a ninguno de los 2 grupos descritos anteriormente (A1 y A2). La distribución por sexo fue de un 56,66% de mujeres y un 43,33% de hombres.
- Grupo B2: 30 Pacientes oncológicos que se encuentren en una recidiva de la enfermedad, es decir, que hayan tenido un diagnóstico anterior de cáncer y/o hayan estado sometidos a los tratamientos de éste y que no pertenezcan a ninguno de los grupos A (A1 y A2). La distribución por sexo fue de un 63,33% de mujeres y 36,66% de hombres.

### 3. IMPLEMENTCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Procedimiento Selección de la Muestra.

- **Selección:** Se localizan a los individuos interesados en participar en la investigación y que cumplan con los requisitos planteados previamente y se les explican los pormenores de la investigación.
- **Entrevista Personal:** Es un breve procedimiento en el cual se pregunta a los posibles participantes del estudio, la información necesaria para cerciorarse sobre el cumplimiento de los requisitos de selección y que no corresponde a la información del diagnóstico.
- **Consentimiento Informado:** Cuando el candidato a estudio cumple con los criterios de selección y accede a participar en el proyecto, se procede a la lectura y firma del Consentimiento Informado donde se explican todas las condiciones del trabajo y se aclarará posteriormente las dudas que los participantes puedan presentar en relación a lo leído.

#### 3.2 Procedimiento de Evaluación.

Se continua el procedimiento con quienes cumplan todos los criterios para participar en la investigación. La evaluación consiste en la aplicación del Cuestionario de Estrés Percibido SPQ de Levenstein, la Escala HADS (Anxiety and Depression Scale) y el Cuestionario de Salud SF 36 v2 Chile, las cuales pueden ser contestadas en su hogar, de manera acompañada (por la investigadora u otra persona de confianza) o de manera individual, ya que son instrumentos de autorreporte, por lo cual puede realizarse la evaluación de todas estas maneras. Sin embargo se explican detalladamente de forma oral las instrucciones (además de las instrucciones que aparecen en cada cuestionario) para responder de manera correcta las evaluaciones, y además se van respondiendo las dudas que vayan surgiendo de manera particular en los participantes.

#### 3.3 Instrumentos de Evaluación

##### 3.3.1 Evaluación de Depresión y Ansiedad

Algunos investigadores en psiquiatría de enlace, han propuesto que se incluyan al momento del diagnóstico todos los criterios de sintomatología depresiva, sin tomar en cuenta si corresponden o no a la enfermedad orgánica. Este método podría conducir a falsos positivos, pero es preferible antes que el subdiagnóstico. Otros sugieren la sustitución de los síntomas de la forma siguiente: cambios en el apetito o peso por llanto fácil y apariencia depresiva; trastornos del sueño por aislamiento social; indecisión, falta de reacción a los eventos externos y pérdida de energía o fatiga por pesimismo. Cuando establecer el diagnóstico en los ambientes médicos se torna difícil, se hace imprescindible descartar los factores de riesgo para el desarrollo de depresión mayor: pérdidas recientes, aislamiento social, pesimismo, factores socioeconómicos, comorbilidad con abuso de sustancias, historia previa de depresión o intentos suicidas. La historia familiar del paciente suele ser también de importancia, los pacientes con depresión, tienden a tener mayor incidencia de trastornos psiquiátricos en sus familiares en primer grado. Hay que recordar que la presencia de dolor, y el uso de corticoesteroides y opiáceos, en pacientes con estadios avanzados del cáncer, son factores importante para el desarrollo de depresión. El paciente con cáncer y depresión tienen un riesgo suicida relativo de dos veces el de la población general (Guevara, 2007).

La evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer presenta el problema de la confusión de síntomas propios de su enfermedad con algunos síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión (Cano, 2005). Para evitar este problema Zigmond y Snaith construyeron la Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital, HADS (Zigmond, 1983, Tejero, 1986), un breve cuestionario de catorce ítems, basado en la escala de Hamilton de ansiedad, suprimiendo los síntomas somáticos que pueden confundirse (ítems impares), más los síntomas de depresión (ítems pares), centrados especialmente en la pérdida de placer, o anhedonia. El rasgo más importante del HADS es la manera en que permite establecer la presencia y la severidad de la ansiedad y la depresión simultáneamente, asignándole una puntuación separada para cada uno.

La desventaja que trae, por tanto, es que no es un instrumento que sirva para diagnosticar esta patología. Además la evaluación no considera otros factores contextuales importantes para el diagnóstico de depresión en esta población, desventaja que no puede ser atendida por las limitaciones de la presente investigación.

- Interpretación

Consta de 14 ítems: 7 referidas a la Ansiedad y 7 referidas a la Depresión. Cada ítem contiene cuatro alternativas las cuales tienen valores que van de 0 a 3 puntos de forma creciente o decreciente de acuerdo a la orientación de la pregunta es decir los ítems cuya premisa sea negativa como: “me siento tenso”, “me siento lento”, etc, se le asignarán los puntos de manera creciente del 0 al 3 por cada alternativa. De otro modo si la premisa de la pregunta es positiva como: “puedo reír y ver el lado gracioso de las cosas”, etc; se hizo de manera decreciente del 3 al 0. Los ítems se agrupan en dos escalas: una de ansiedad y una de depresión La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

0 – 7	Normal
8 – 10	Dudoso
≥ 11	Problema clínico

La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones (Meseguer, 2004).

- Propiedades Psicométricas

Estudios de validación encuentran coeficientes alfa de Cronbach en la subescala de ansiedad de 0,77 y en la de depresión de 0,83. La correlación test-retest es 0,82 en la subescala de ansiedad y 0,80 en la escala de depresión. La validez concurrente, utilizando como criterio de

referencia en ansiedad el cuestionario STAI (Escala de ansiedad estado- rasgo) y en depresión el cuestionario SDS de Zung, mostró correlaciones significativas (Meseguer, 2004).

Finalizando con este recorrido teórico se decidió agregar el concepto de Calidad de Vida en personas con cáncer, ya que resulta sumamente significativo como indicador de salud mental en este tipo de población.

### 3.3.2 Evaluación del Estrés Percibido

En concordancia con el modelo propuesto por González y Landero (2006) se ha encontrado un instrumento que integra estas variables en su medición, el Cuestionario de Estrés Percibido PSQ diseñado por Levenstein et al. en 1993.

Se trata de un instrumento autoadministrado de 30 ítems, que se puntúan con una escala tipo Likert de 4 grados (1 = casi nunca, 4 = casi siempre). El cuestionario se pasa dos veces: una (General), que hace referencia a la situación del paciente durante el último o los dos últimos años; y otra (Reciente), que se refiere a la situación del paciente durante el último mes. En ambos casos se obtiene un índice que puede oscilar de 0 (probablemente estamos en presencia de un caso de muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente se trata de un caso de muy alto nivel de estrés percibido). En la presente investigación sólo se considerará el puntaje de la escala Reciente.

- Interpretación

Los autores no proponen puntos de corte. Los valores de los índices oscilan entre 0 (probablemente muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente muy alto nivel de estrés percibido). Los resultados se obtienen mediante la fórmula de Levenstein:

$$PSQ = (puntuación\ inicial - 30) / 90$$

Se trata de un instrumento absolutamente subjetivo, esto hace que sea una herramienta menos válida, frente a las que evalúan acontecimientos vitales estresantes, en

estudios retrospectivos que buscan antecedentes estresantes asociados a determinadas patologías. Por el contrario, es capaz de superar a aquellas cuando lo que se plantea es un estudio prospectivo o investigaciones transversales por lo cual resultaría adecuado para la presente investigación.

- Propiedades Psicométricas

En el trabajo de Levenstein et al., se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Fiabilidad:** La fiabilidad test-retest para el Índice PSQ-General fue de 0.82. La medida de consistencia interna mostró una alfa de Cronbach  $> 0.90$ .
- **Validez:** Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de **validez convergente** fueron: con ansiedad ( $r = 0.75$ ), Escala de Estrés Percibido de Cohen ( $r = 0.73$ ), depresión ( $r = 0.56$ ) y estrés comunicado ( $r = 0.56$ ). Sucesos vitales estresantes ( $p < 0.005$ ).

### 3.3.3 Evaluación en Calidad de Vida

El SF 36 Health Survey v2 o Cuestionario de Salud SF 36 versión 2 fue desarrollado, validado y normalizado por Ware, Kosinski y Dewey (2000) y ha sido debidamente validado en Chile (Olivares, 2005), por tanto, es un instrumento útil para futuras evaluaciones nacionales y comparaciones con resultados de salud internacionales.

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Contiene 35 ítems (más 1 que evalúa la percepción del año previo, pero que no será considerado) que evalúan los componentes físico y mental a través de ocho subescalas:

Subescalas del componente físico (CSF):

- **Función Física (FF):** grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol físico (RF):** grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
- **Dolor corporal (DC):** intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- **Salud General (SG):** valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.

Subescalas del componente mental:

- **Vitalidad (VT):** sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- **Función Social (FS):** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional (RE):** grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- **Salud mental (SM):** salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

- **Interpretación**

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Se han propuesto dos formas diferentes de puntuación; una (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100, la cual, precisamente, será utilizada en la presente investigación. Permite el cálculo de dos puntuaciones

resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental, y una puntuación global promedio de éstas. Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente. En la versión estandarizada en Chile los puntajes se estiman así:

**Tabla n° 1: Puntuaciones cuestionario SF 36 en su estandarización en Chile**

	Media	Mediana	Desv. tip.	IC (95%)	Mín/Máx
<b>CSF</b>	49,8	51	7,76	49,6 - 50,1	17 - 72
<b>CSM</b>	45,1	47	12,54	44,8 - 45,5	0 - 67

- **Administración**

Se trata de un cuestionario auto-administrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 minutos (Olivares, 2006).

- **Propiedades Psicométricas**

La confiabilidad o validez de las escalas, medida a través de la consistencia interna de las escalas fue estimada usando el Coeficiente alfa de Cronbach. El rango de los coeficientes alfa fue de 0,76 (FS) a 0,92 (FF y RF), por tanto, la totalidad de las escalas exceden el estándar de 0,7, recomendado para la comparación de grupos (Olivares, 2006).

Los resultados sobre la confiabilidad y validez del instrumento fueron comparados con los resultados originales del grupo del Proyecto IQOLA (Ware J, Gandek B, 1998). La consistencia interna de todas las escalas (Coeficiente alfa de Cronbach) con excepción de FS fue mayor o similar que en el estudio del Proyecto IQOLA (Ware J, Gandek B, 1998). Por otra parte, el test de consistencia interna de las escalas (test CIP) mostró un 100% de resultados sobre el estándar de correlación (0,4) recomendado por el Manual de SF- 36 del Proyecto IQOLA. El test de validez discriminante de las preguntas (test VDP) estuvo sobre el 90% de resultados exitosos en 7 de las 8 escalas. La escala FS presentó un test de VDP de 81%, el más bajo de todas las escalas y cuya

explicación podría deberse a problemas de comprensión de las preguntas incluidas en esta escala (FS6 y FS8).

La consistencia interna y Validez discriminante de las preguntas fue corroborada como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Consistencia Interna y Validez Discriminante en escalas del SF36 V2 Chile.**

Escalas VDP (%)	K <sup>a</sup>	Rangos Correl Preguntas- Escalas		Test de preguntas para escalas	
		CIP *	VDP**	test CIP (%)	test
<b>Función Física</b>	10	0,61 - 0,78	0,16 - 0,52	100	100
<b>Rol Físico</b>	4	0,78 - 0,85	0,36 - 0,61	100	100
<b>Dolor Corporal</b>	2	0,80	0,38 - 0,61	100	100
<b>Salud General</b>	5	0,52 - 0,72	0,36 - 0,56	100	100
<b>Vitalidad</b>	4	0,61 - 0,68	0,30 - 0,55	100	94
<b>Función Social</b>	2	0,61	0,36 - 0,64	100	81
<b>Rol Emocional</b>	3	0,73 - 0,80	0,32 - 0,61	100	100
<b>Salud Mental</b>	5	0,62 - 0,75	0,26 - 0,70	100	90

K<sup>a</sup> :Nº de preguntas por escala.

\* CIP: Consistencia Interna de Preguntas(C Pearson).

\*\* VDP: Validez Discriminante de las Preguntas(C de Pearson).

Test CIP: Porcentaje de correlaciones preguntas – misma escala, mayores de 0,4.

Test VDP: Porcentaje de correlaciones preguntas – otras escala, mayores de 0,0573 (2SE).

Finalmente, el análisis factorial de los componentes principales apoya los supuestos de los dos factores subyacentes en el cuestionario SF-36 v.2; el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM). El CSM da cuenta del 62% de la varianza mientras que el CSF incrementa la varianza explicada hasta un 73%. La proporción de la varianza confiable de cada escala explicada por los dos componentes extraídos (comunalidad) se encuentra en el rango de 0,63 a 0,86 a través de las 8 escalas. La escala FF presenta una fuerte asociación ( $r = 0,79$ ) con el CSF y una débil asociación ( $r = 0,18$ ) con el CSM, como corresponde a la hipótesis. En el otro extremo, la escala SM presenta una fuerte asociación ( $r = 0,90$ ) con el CSM y una débil asociación ( $r = 0,22$ ) con el CSF (Olivares, 2006). En resumen, las escalas; FF, RF y DC presentaron una fuerte correlación ( $r > 0,7$ ) con el Componente de Salud Física (CSF) así como, las escalas VT, FS y SM con el Componente de Salud Mental (CSM). La escala RE mostró una correlación de 0,64 con el CSM y 0,5 con el CSF. La escala SG se correlaciona en forma moderada con ambas medidas de resumen. Por tanto, la encuesta SF- 36v.2 aplicada en este estudio (versión chilena), ha mostrado

cumplir cabalmente con los requisitos metodológicos para evaluar en forma confiable y válida, el perfil multidimensional del concepto de salud en esta muestra de la población chilena.

### **3.4 Procedimiento de Análisis e Interpretación de los Resultados.**

Los datos obtenidos en la investigación se analizaron por medio de estadística descriptiva e inferencial. Las puntuaciones obtenidas por cada grupo de la investigación y la cantidad de pacientes por cada nivel evaluado, etc. se resumieron por medio de indicadores de estadística descriptiva (media, frecuencia, varianza y desviación estándar).

Posteriormente, se utilizaron procedimientos de estadística inferencial para establecer una comparación entre los grupos del estudio. En primer lugar, se realizó una Comparación de Medias de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios aplicados por los grupos “inicio y final de radioterapia”, y “diagnóstico inicial y recidiva”, por medio de la Prueba T de Student para Muestras Independientes. Los cálculos de Prueba T de Student se realizaron por medio del software estadístico SPSS versión 15, considerando un error alfa de 0.05.

## V. RESULTADOS

### Objetivos 1 y 2

1. Comparar algunos indicadores de salud mental (ansiedad, depresión y estrés percibido) en pacientes oncológicos al inicio y al final del tratamiento con Radioterapia en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.
2. Comparar algunos indicadores de salud mental (ansiedad, depresión y estrés percibido) en pacientes oncológicos diagnosticados por primera vez y en los que presentan una recidiva de la enfermedad, en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

## 1. Indicador: Resultados Ansiedad

**Gráfico n° 1: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia**



**Tabla n° 3: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia**

<b>Puntaje Ansiedad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Puntaje Normal	10	33,33%
Puntaje Dudoso	9	30,00%
Puntaje Problema Clínico	11	36,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

En relación a los niveles de ansiedad en el grupo de pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia, los datos indican que el 66,66% aprox. de pacientes no se presentan un puntaje normal de ansiedad, existiendo un mayor porcentaje de pacientes que presentan puntaje de problema clínico de ansiedad (36,66% aprox.), mientras que un 30,00% puntúa en un nivel de dudoso de ansiedad. Por otro lado, sólo un 33,33% de los pacientes presentan un nivel normal de ansiedad.

**Gráfico n° 2: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

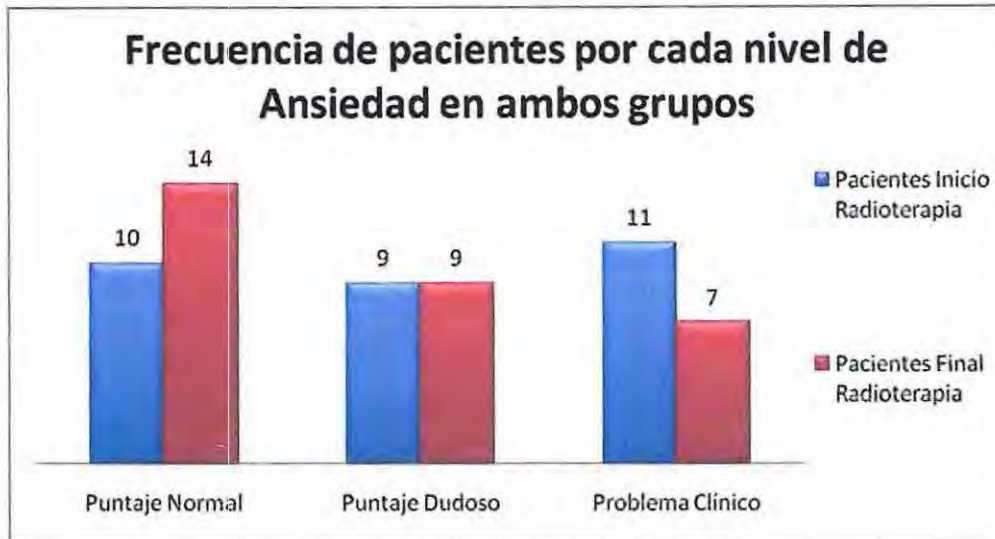


**Tabla n° 4: Frecuencia Puntuación Ansiedad Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

Puntajes Ansiedad	f	%
Puntaje Normal	14	46,66%
Puntaje Dudoso	9	30,00%
Puntaje Problema Clínico	7	23,33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Se observa que un 53,33% aprox. de pacientes que no presentan un puntaje normal de ansiedad, se dividen entre un 30% que presentan un puntaje dudoso, y un 23,33% aprox., que presentan un problema clínico de ansiedad. Por el contrario, el 46,66% aprox. de pacientes que se encuentran al final del tratamiento de radioterapia presentan un puntaje normal de ansiedad.

**Gráfico n° 3: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad**



**Tabla n° 5: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad**

Nivel Ansiedad	Puntaje Normal	Puntaje Dudoso	Problema Clínico
Grupo Inicio Radioterapia	10	9	11
Grupo Final Radioterapia	14	9	7

Al realizar la comparación entre los dos grupos muestrales de acuerdo a la frecuencia de pacientes en cada nivel de ansiedad, se observa que existe mayor cantidad de pacientes con problema clínico de ansiedad en los pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia que los que se encuentran al final de este tratamiento. En cuanto a los pacientes que tienen puntaje normal de ansiedad, existe mayor frecuencia en el grupo del Final de la radioterapia. Por último, ambos grupos tienen la misma frecuencia en el nivel de puntaje dudoso de ansiedad.

**Gráfico n° 4: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**



**Tabla n° 6: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**

Grupos	Media Puntajes Ansiedad	Desviación Estándar	Nivel Ansiedad	Significación Levene
<b>Inicio Radioterapia</b>	9,766	3,6642	Puntaje Dudoso	.880
<b>Final Radioterapia</b>	7,266	3,6477	Puntaje Normal	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia de 2,5 puntos aprox. entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia presentan un puntaje promedio de 9, 766 puntos (Puntaje Dudoso de Ansiedad), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran al final de la radioterapia tiene un puntaje promedio de 7,266 puntos (Puntaje Normal de Ansiedad).

Sin embargo, para saber si esta diferencia es significativa se debe realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales (según significancia Levene).

**Tabla n° 7: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Ansiedad**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,648

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,648 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen mayores niveles de Ansiedad en el inicio del tratamiento de Radioterapia que en el final de éste” se cumple.

**Gráfico n° 5: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)**



**Tabla n° 8: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)**

<b>Puntajes Ansiedad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Puntaje Normal	9	30,00%
Puntaje Dudoso	10	33,33%
Puntaje Problema Clínico	11	36,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

De acuerdo a los datos, un 70% de los pacientes no presenta un puntaje normal de ansiedad, de los cuales un 36,66% aprox. presenta un puntaje que indica un problema clínico de ansiedad y un 33,33% aprox. se sitúa en un nivel dudoso de ansiedad. Se puede observar además que el 30% restante de los pacientes presenta un puntaje normal de ansiedad.

**Gráfico n° 6: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**

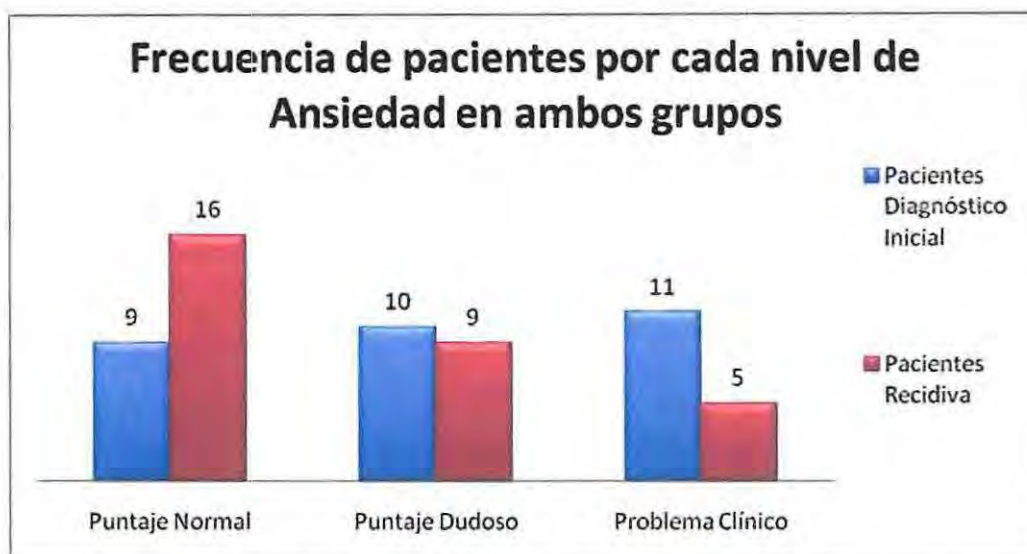


**Tabla n° 9: Frecuencia Ansiedad Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**

Puntajes Ansiedad	f	%
Puntaje Normal	16	53,33%
Puntaje Dudoso	9	30,00%
Puntaje Problema Clínico	5	16,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Se puede apreciar que un 46,66% aprox. de pacientes que presentan una recidiva de la enfermedad no presenta un puntaje normal de ansiedad, siendo un 30% de los pacientes los que presentan un puntaje dudoso de ansiedad, y sólo un 16,66% aprox. presenta un puntaje de problema clínico de ésta. Por lo tanto, este grupo puntúa mayormente en un puntaje normal de ansiedad (un 53,33% aprox.).

**Gráfico n° 7: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad**



**Tabla n° 10: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Ansiedad**

Nivel Ansiedad	Puntaje Normal	Puntaje Dudoso	Problema Clínico
Pacientes Diagnóstico Inicial	9	10	11
Pacientes Recidiva	16	9	5

Al realizar la comparación entre los dos grupos muestrales de acuerdo a la frecuencia de pacientes en cada nivel de ansiedad, se observa que existe mayor cantidad de pacientes con problema clínico de ansiedad en el grupo que se encuentra con diagnóstico inicial que los que se encuentran en una recidiva de la enfermedad. En cuanto a los pacientes que tienen puntaje normal de ansiedad, existe mayor frecuencia en el grupo de recidiva. Por último, en ambos grupos existe una cantidad similar de pacientes con puntaje dudoso de ansiedad (10 con diagnóstico inicial y 9 de recidiva).

**Gráfico n° 8: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**



**Tabla n° 11: Comparación entre la Media del Puntaje de Ansiedad obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**

Grupos	Media Puntajes Ansiedad	Desviación Estándar	Nivel Ansiedad	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	9,40	3,3589	Puntaje Dudoso	.883
Recidiva	6,933	3,4233	Puntaje Normal	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran diagnosticados por primera vez presentan un puntaje promedio de 8,90 puntos (Puntaje Dudoso de Ansiedad), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en una recidiva de la enfermedad tiene un puntaje promedio de 6,933 puntos (Puntaje Normal de Ansiedad).

Para comprobar si esta diferencia es significativa se aplica nuevamente la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con igual varianza.

**Tabla n° 12: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Ansiedad**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,817

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,817 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen mayores niveles de Ansiedad en los pacientes frente al diagnóstico inicial que en los que presentan una recidiva de la enfermedad” se cumple.

## 2. Indicador: Resultados Depresión

**Gráfico n° 9: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia**

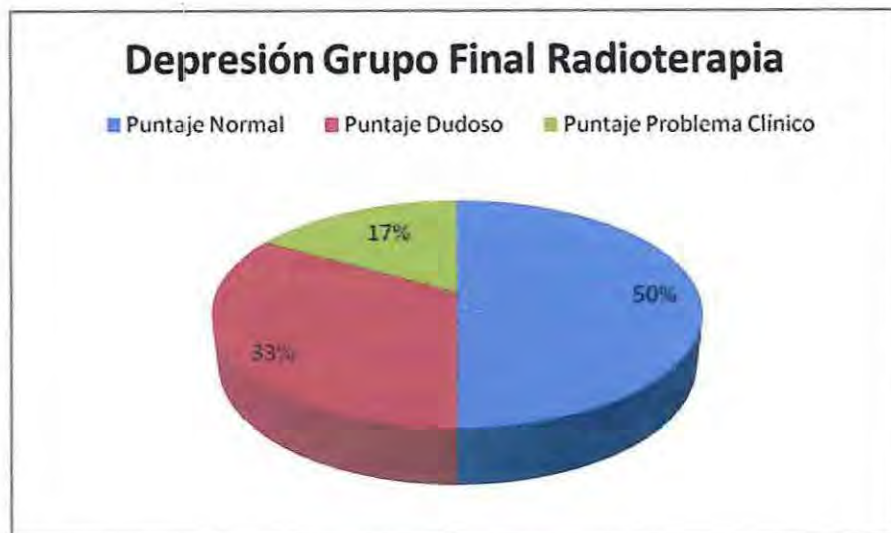


**Tabla n° 13: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Inicio de la Radioterapia**

Puntaje Depresión	f	%
Puntaje Normal	14	46,66%
Puntaje Dudoso	10	33,33%
Puntaje Problema Clínico	6	20,00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

En relación a los niveles de depresión en el grupo de pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia, los datos indican que 53,33% aprox. de pacientes no presentan un puntaje normal de depresión, en donde un 20% puntúa en un nivel de Problema Clínico de depresión, y un 33,33% aprox. los pacientes que presentan un nivel dudoso de depresión. Por otro lado, el 46,66% aprox. de pacientes presentan puntaje normal de depresión.

**Gráfico n° 10: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

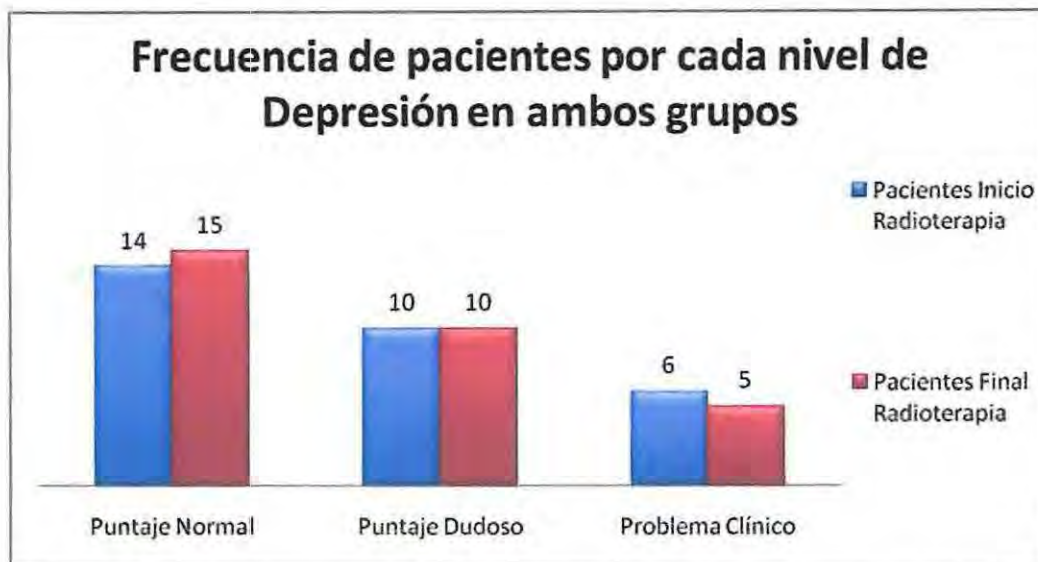


**Tabla n° 14: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

Puntajes Depresión	f	%
Puntaje Normal	15	50,00%
Puntaje Dudoso	10	33,33%
Puntaje Problema Clínico	5	16,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

El 50% de pacientes que se encuentran al final del tratamiento de radioterapia no presentan un puntaje normal de depresión, los cuales se dividen entre un 33,33% aprox. que presentan un puntaje dudoso, y un 16,66% aprox., que presentan un problema clínico de depresión. En tanto, el 50% restante de pacientes presentan un puntaje normal de depresión.

**Gráfico n° 11: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Depresión**



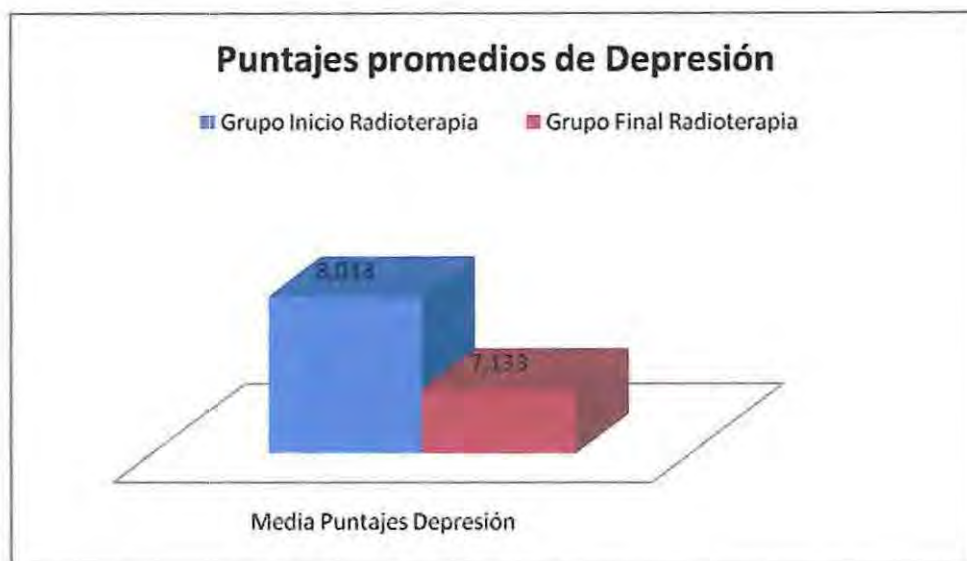
**Tabla n° 15: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Depresión**

Nivel Depresión	Puntaje Normal	Puntaje Dudoso	Problema Clínico
Grupo Inicio Radioterapia	14	10	6
Grupo Final Radioterapia	15	10	5

Al realizar la comparación entre los dos grupos muestrales de acuerdo a la frecuencia de pacientes en cada nivel de depresión, se observa que éstas son prácticamente similares, con pequeñas diferencias en cuanto a los puntajes normales de depresión, ya que el grupo del inicio de radioterapia tiene menor cantidad (1 persona) que el grupo en el final del tratamiento, y a la inversa ocurre en relación al puntaje problema clínico, ya que los pacientes al inicio de la radioterapia tienen una mayor frecuencia (3,33% aprox.) que los del grupo al final del tratamiento.



**Gráfico n° 12: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**



**Tabla n° 16: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**

Grupos	Media Puntajes Depresión	Desviación Estándar	Nivel Depresión	Significancia Levene
Inicio Radioterapia	8,033	3,0454	Puntaje Dudoso	.547
Final Radioterapia	7,133	3,3086	Puntaje Normal	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que si bien existe una diferencia entre ambos grupos de pacientes, ésta es pequeña (menos de 1 punto), en donde levemente supera el grupo de inicio de radioterapia por sobre el del final del tratamiento, en cuanto a la media de puntajes de depresión. Aunque esta diferencia permite que el primer grupo de pacientes (inicio) se ubique dentro del nivel de puntaje dudoso de depresión, mientras que los pacientes del segundo grupo (final) se ubiquen en un nivel normal de depresión, se debe comprobar si esta diferencia es significativa. Para esto se realizó la prueba t entre estos 2 grupos, con varianza homogénea.

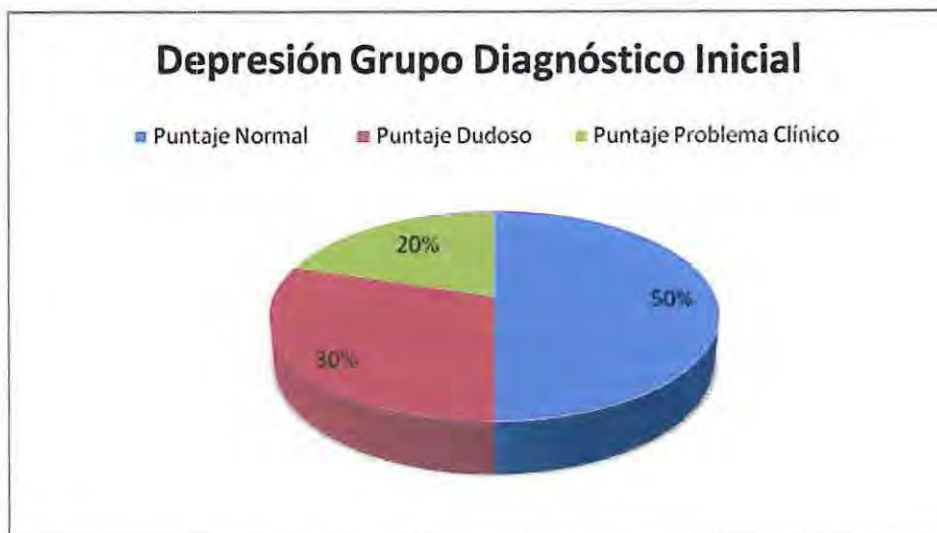
**Tabla n° 17: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Depresión**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	1,096

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 1,096 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser no significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “No existen diferencias en los niveles de Depresión en los pacientes en el inicio del tratamiento con radioterapia y en el final de éste” se cumple.

**Gráfico n° 13: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)**



**Tabla n° 18: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes diagnosticados por primera vez (Tratamiento Inicial)**

Puntaje Depresión	f	%
Puntaje Normal	15	50,00%
Puntaje Dudoso	9	30,00%
Puntaje Problema Clínico	6	20,00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Se puede observar que un 50% de los pacientes no presenta un puntaje de nivel normal de depresión, en donde, un 30% presenta un puntaje dudoso de depresión, mientras que un 20% presenta un puntaje que indica un problema clínico de depresión. De acuerdo a esto, un 50% de los pacientes de este grupo (50%) se concentran en un nivel de puntaje normal de depresión.

**Gráfico n° 14: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**

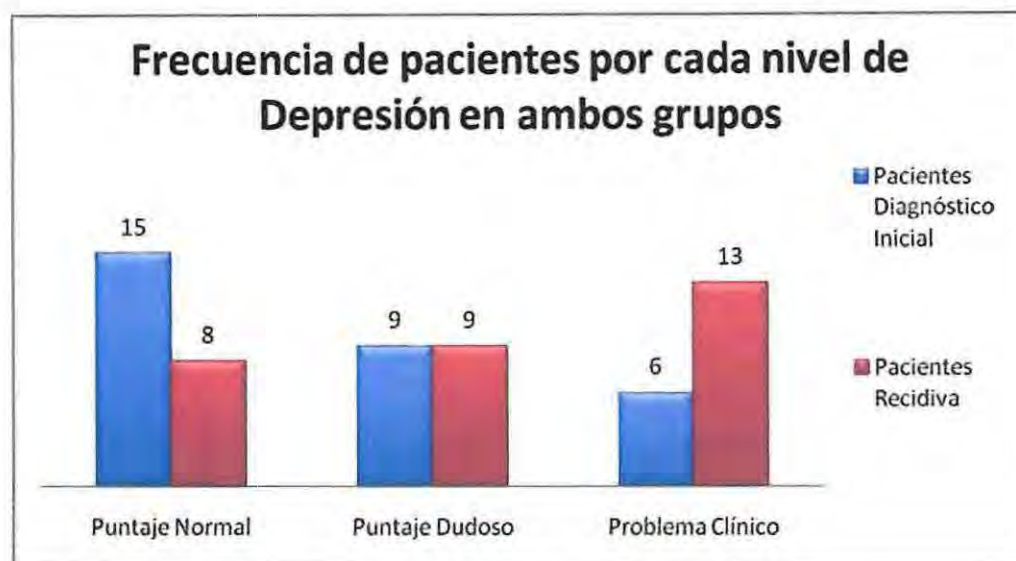


**Tabla n° 19: Frecuencia Depresión Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**

Puntajes Depresión	F	%
Puntaje Normal	8	26,66%
Puntaje Dudoso	9	30,00%
Puntaje Problema Clínico	13	43,33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En el grupo de pacientes que presentan una recidiva de la enfermedad puntúa mayormente en un puntaje de problema clínico de depresión (un 43,33% aprox.). Además un 30% de estos pacientes presenta un puntaje dudoso, mientras que un 26,66% aprox. presenta un puntaje normal de ansiedad. Por lo tanto, un 73,33% aprox. de los pacientes del grupo no tiene un puntaje normal de ansiedad.

**Gráfico n° 15: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Depresión**



**Tabla n° 20: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo Diagnóstico Inicial con los del Grupo con Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Depresión**

Nivel Depresión	Puntaje Normal	Puntaje Dudoso	Problema Clínico
Pacientes Diagnóstico Inicial	15	9	6
Pacientes Recidiva	8	9	13

Al realizar la comparación entre los dos grupos muestrales de acuerdo a la frecuencia de pacientes en cada nivel de depresión, se observa que existe mayor cantidad de pacientes con problema clínico de depresión en el grupo que se encuentra en una recidiva de la enfermedad que los que se encuentran en con diagnóstico inicial. Por el contrario, en los pacientes que tienen puntaje normal de depresión, existe una menor frecuencia en el grupo de recidiva, en comparación con el grupo de pacientes diagnosticados por primera vez. En relación al nivel dudoso de depresión, ambos grupos presentan la misma frecuencia.

**Gráfico n° 16: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**



**Tabla n° 21: Comparación entre la Media del Puntaje de Depresión obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**

Grupos	Media Puntajes Depresión	Desviación Estándar	Nivel Depresión	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	7,433	3,4610	Puntaje Normal	.409
Recidiva	10,366	4,0123	Puntaje Dudoso	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia considerable entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran diagnosticados por primera vez presentan un puntaje promedio de 7,433 puntos (Puntaje Normal de Depresión), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en una recidiva de la enfermedad tiene un puntaje promedio de 10,366 puntos (Puntaje Dudoso de Depresión).

Para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 22: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Depresión**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,981

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,981 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen menores niveles de Depresión en los pacientes frente al diagnóstico inicial que en los que presentan una recidiva de la enfermedad” se cumple.

### 3. Indicador: Resultados Estrés Percibido

Gráfico n° 17: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de pacientes al Inicio de la Radioterapia



Tabla n° 23: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de pacientes al Inicio de la Radioterapia

Nivel Estrés Percibido	f	%
Bajo Nivel Estrés	13	43,33%
Alto Nivel Estrés	17	56,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a los datos entregados, se puede observar que hay una mayor frecuencia de pacientes que tienen puntajes de alto nivel de estrés (un 56,66% aprox.), mientras que el resto de pacientes (43,33% aprox.) presentan bajos niveles de estrés percibido.

**Gráfico n° 18: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

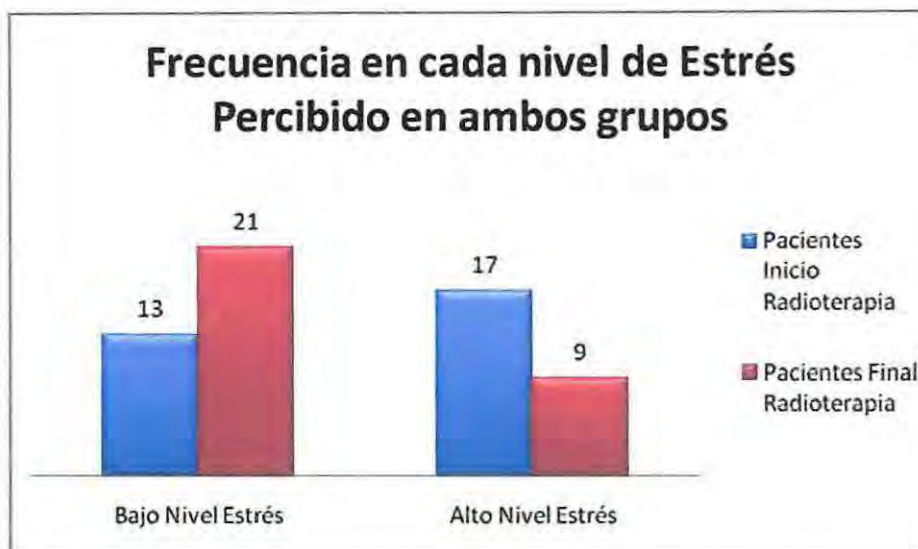


**Tabla n° 24: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes al Final de la Radioterapia**

Nivel Estrés Percibido	f	%
Bajo Nivel Estrés	21	70,00%
Alto Nivel Estrés	9	30,00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En relación a los datos obtenidos, se puede apreciar que hay una alta frecuencia (70%) de pacientes que presentan puntajes de bajo nivel de estrés, mientras que el 30% restante tiene puntajes de alto nivel de estrés percibido.

**Gráfico n° 19: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido**



**Tabla n° 25: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo del Inicio de la Radioterapia con los del Final de la Radioterapia, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido**

Estrés Percibido	Bajo Nivel Estrés	Alto Nivel Estrés
Pacientes Inicio Radioterapia	13	17
Pacientes Final Radioterapia	21	9

Se puede observar en el gráfico que en un bajo nivel de estrés hay mayor frecuencia de pacientes en el grupo que se encuentra al final de la radioterapia, que los que se encuentran al inicio de ésta. En cambio, en un alto nivel de estrés hay mayor frecuencia de pacientes en el grupo que se encuentra en el inicio de la radioterapia en comparación con el grupo de pacientes que se encuentran al final de este tratamiento.

**Gráfico n° 20: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**



**Tabla n° 26: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Inicio y Final de la Radioterapia)**

Grupos	Media Puntajes Estrés Percibido	Desviación Estándar	Nivel Estrés Percibido	Significancia Levene
Inicio Radioterapia	0,522	0,1582	Alto Nivel	,579
Final Radioterapia	0,412	0,1412	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia considerable entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia presentan un puntaje promedio de 0,522 puntos (Alto Nivel), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran al final del tratamiento, tiene un puntaje promedio de 0,412 puntos (Bajo Nivel).

Para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 27: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia, en Estrés Percibido**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,831

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,831 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen mayores niveles de Estrés Percibido en el inicio del tratamiento de radioterapia que en el final de éste” se cumple.

**Gráfico n° 21: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes Diagnosticados por Primera vez**



**Tabla n° 28: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes Diagnosticados por Primera vez**

<b>Nivel Estrés Percibido</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bajo Nivel Estrés	20	66,66%
Alto Nivel Estrés	10	33,33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a los datos, se puede observar que es mayor la frecuencia de pacientes que puntúan en un bajo nivel de estrés (un 66,66% aprox.), duplicando incluso la frecuencia de los que presentan alto nivel de estrés percibido (sólo un 33,33%).

**Gráfico n° 22: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**



**Tabla n° 29: Frecuencia Estrés Percibido Grupo de Pacientes en Recidiva de la Enfermedad**

Nivel Estrés Percibido	f	%
Bajo Nivel Estrés	19	63,33%
Alto Nivel Estrés	11	36,66%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En relación a los datos se observa que la mayor parte (63,33% aprox.) de los pacientes de este grupo tienen una puntuación de bajo nivel de estrés percibido. En tanto el 36,66% restante presentan altos niveles de estrés percibido.

**Gráfico n° 23: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los de Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido**

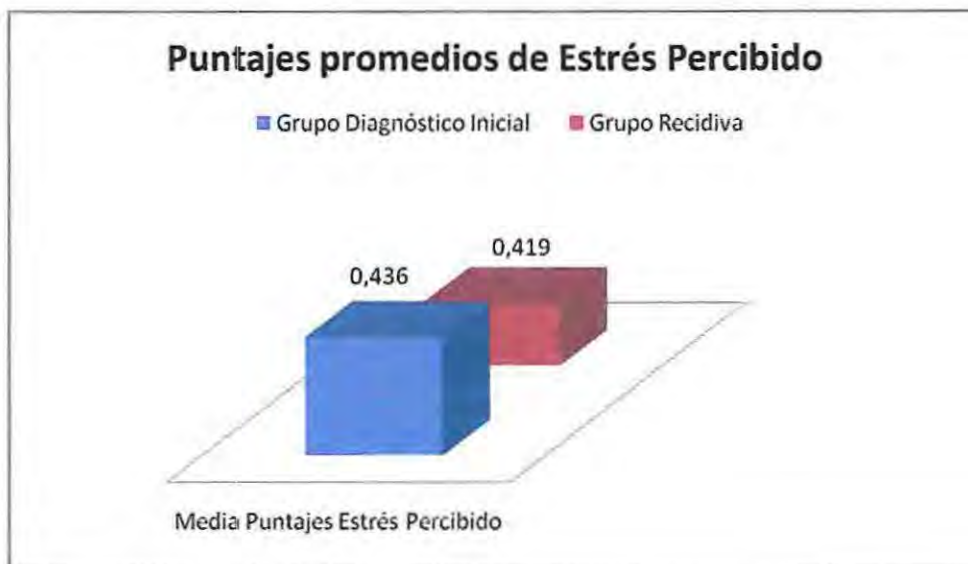


**Tabla n° 30: Comparación entre la Frecuencia de Pacientes del Grupo con Diagnóstico Inicial con los de Recidiva, de acuerdo a cada nivel de Estrés Percibido**

Estrés Percibido	Bajo Nivel Estrés	Alto Nivel Estrés
Pacientes Diagnóstico Inicial	20	10
Pacientes Recidiva	19	11

Se puede observar en el gráfico que en un bajo nivel de estrés hay mayor frecuencia de pacientes en el grupo que se encuentra con diagnóstico inicial que en los de grupo de recidiva. En cambio, en un alto nivel de estrés hay mayor frecuencia de pacientes en el grupo que se encuentran diagnosticados por primera vez en comparación con el grupo de pacientes que se encuentran en una recidiva de la enfermedad. De todos modos, si bien se aprecian estas diferencias, éstas son mínimas.

**Gráfico n° 24: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**



**Tabla n° 31: Comparación entre la Media del Puntaje de Estrés Percibido obtenidos por ambos Grupos Muestrales (Diagnóstico Inicial y Recidiva)**

Grupos	Media Puntajes Estrés Percibido	Desviación Estándar	Nivel Estrés Percibido	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	0,4369	0,1442	Bajo Nivel	,847
Recidiva	0,4192	0,1475	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran con diagnóstico inicial presentan un puntaje promedio de 0,436 puntos (Bajo Nivel), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en una recidiva, tiene un puntaje promedio de 0,419 puntos (Bajo Nivel).

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas homogéneas.

**Tabla n° 32: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva, en Estrés Percibido**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	0,471

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 0,471 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser no significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “No existen diferencias en los niveles de Estrés Percibido en los pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad” se cumple.

### **Objetivos 2 y 3**

1. Comparar Calidad de Vida en pacientes oncológicos al inicio y al final del tratamiento con Radioterapia en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.
2. Comparar Calidad de Vida en pacientes oncológicos diagnosticados por primera vez y en los que presentan una recidiva de la enfermedad, en del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

**Gráfico n° 25: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio y Final de la Radioterapia**



**Tabla n° 33: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio y Final de la Radioterapia**

Grupos	Media Puntajes CSF	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Inicio Radioterapia	41,125	8,2532	Bajo Nivel	,459
Final Radioterapia	46,125	8,7903	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia presentan un puntaje promedio de 41,125 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran al final del tratamiento, tiene un puntaje promedio de 46,125 puntos (Bajo Nivel de CV), en relación al Componente de Salud Físico evaluado.

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 34: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia en CSF**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,271

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,271 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “No existen diferencias en las puntuaciones del Componente Físico de la Calidad de Vida entre los pacientes que se encuentran en el inicio del tratamiento con radioterapia y los que están al final del mismo” no se cumple.

**Gráfico n° 26: Comparación entre las medias del Componente Mental de Calidad de Vida (CSM) de los grupos de pacientes al Inicio y al Final de la Radioterapia**



**Tabla n° 35: comparación entre las medias del Componente Mental de Calidad de Vida (CSM) de los grupos de pacientes al Inicio y al Final de la Radioterapia**

Grupos	Media Puntajes CSM	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Inicio Radioterapia	45,558	9,6683	Bajo Nivel	,492
Final Radioterapia	49,858	10,4270	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran al inicio de la radioterapia presentan un puntaje promedio de 45,558 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran al final del tratamiento, tiene un puntaje promedio de 49,858 puntos (Bajo Nivel de CV), en relación al Componente Mental evaluado.

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 36: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia en CSM**

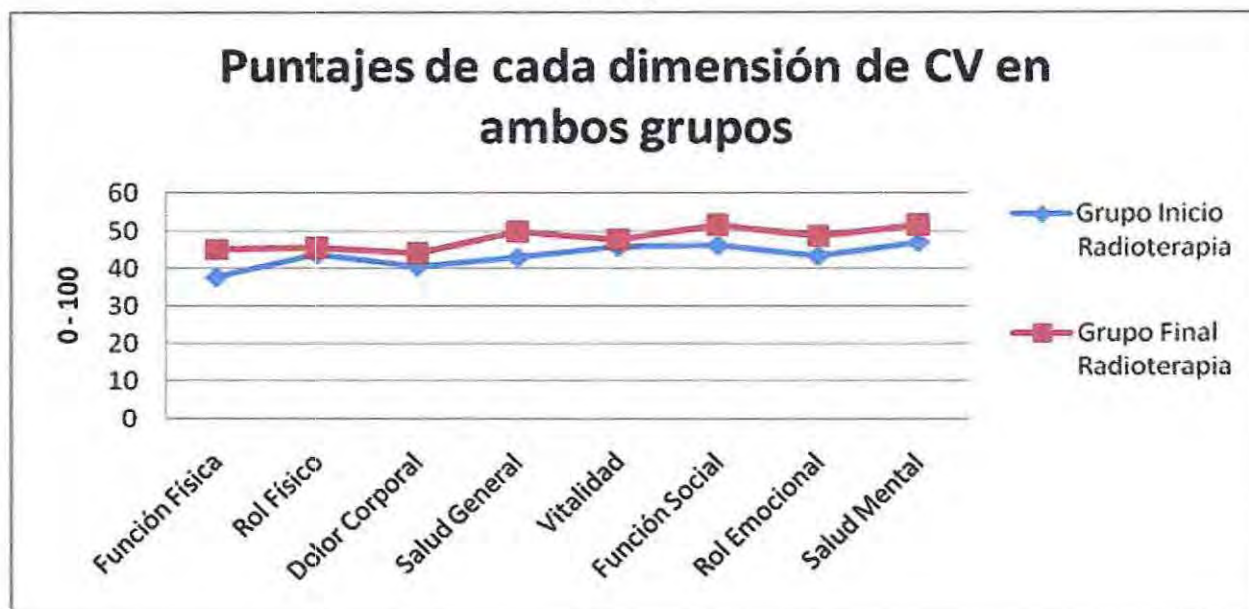
<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	1,656

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 1,656 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta no ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “No existen diferencias en las puntuaciones del Componente Mental de la Calidad de Vida entre los pacientes que se encuentran en el inicio del tratamiento con radioterapia y los que están al final del mismo” se cumple.

En relación a las diferencias entre estos dos grupos en cada una de las dimensiones se puede apreciar lo siguiente:

**Gráfico n° 27: Puntajes de cada dimensión de Calidad de Vida Grupos Inicio y Final Radioterapia**



Se observa que las puntuaciones de ambos grupos se ubican cerca de la línea media de valores para la Calidad de Vida ( $50 \pm 10$ ). Además se aprecia que el grupo del inicio de la radioterapia presenta puntuaciones más bajas que los del final de ese tratamiento en todas las dimensiones.

**Gráfico n° 28: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**



**Tabla n° 37: comparación de las puntuaciones medias del Componente Físico (CSF) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**

Grupos	Media Puntajes CSF	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	43,3167	9,1373	Bajo Nivel	,434
Recidiva	48,8917	9,9563	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran diagnosticados por primera vez presentan un puntaje promedio de 43,316 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en recidiva, tienen un puntaje promedio de 48,891 puntos (Bajo Nivel de CV), en relación al Componente de Salud Física evaluado.

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales

**Tabla n° 38: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CSF**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	2,260

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 2,260 entre las dos muestras resulta ser mayor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p < 0,005$ ), entonces la diferencia resulta ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen diferencias en las puntuaciones del Componente Físico de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad” se cumple.

**Gráfico n° 29: comparación de las puntuaciones medias del Componente Mental (CSM) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**



**Tabla n° 39: comparación de las puntuaciones medias del Componente Mental (CSM) de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**

Grupos	Media Puntajes CSM	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	45,4417	9,1373	Bajo Nivel	,639
Recidiva	44,9833	9,9563	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran diagnosticados por primera vez presentan un puntaje promedio de 45,441 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en recidiva, tienen un puntaje promedio de 44,983 puntos (Bajo Nivel de CV), en relación al Componente de Salud Mental evaluado.

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 40: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CSM**

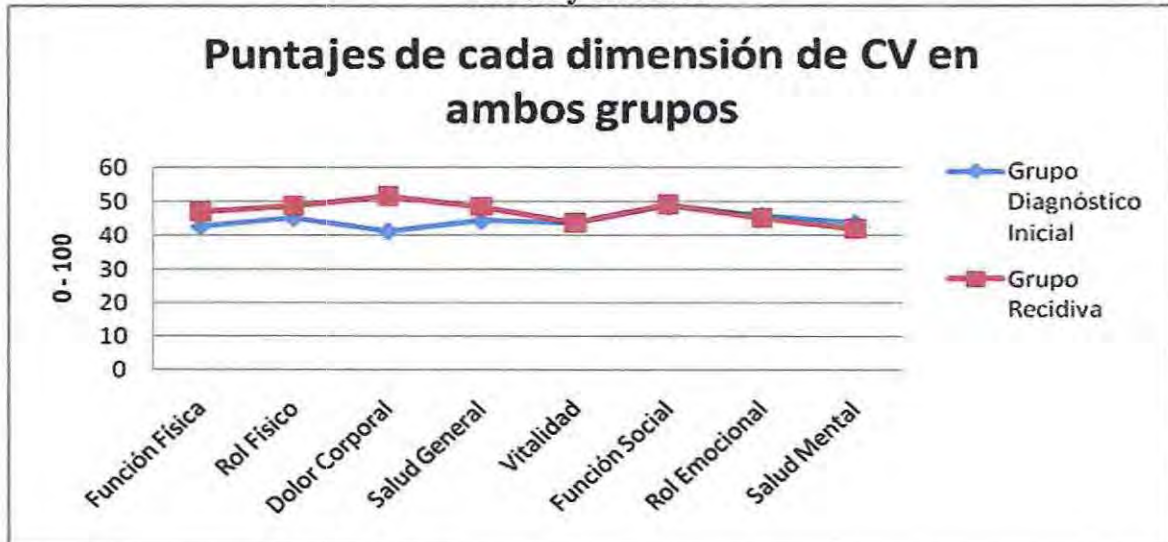
<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	0,166

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 0,166 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta no ser significativa.

Por lo tanto, se puede afirmar que la hipótesis “Existen diferencias en las puntuaciones del Componente Mental de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes frente al diagnóstico inicial y los que presentan una recidiva de la enfermedad” no se cumple.

En relación a las diferencias entre estos dos grupos en cada una de las dimensiones se puede apreciar lo siguiente:

**Gráfico n° 30: Puntajes de cada dimensión de Calidad de Vida en Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva**



Se observa que prácticamente todas las puntuaciones de ambos grupos se ubican bajo la línea media de valores para la Calidad de Vida ( $50 \pm 10$ ). Además se aprecia que el grupo con diagnóstico inicial presentan puntuaciones más bajas que los que viven una recidiva de la enfermedad en las dimensiones del componente físico, mientras que en las puntuaciones del componente mental ambos grupos tienen niveles similares.

**Gráfico n° 31: Comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**



**Tabla n° 41: Comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes en Inicio de Radioterapia y Final Radioterapia**

Grupos	Media Puntajes	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Diagnóstico Inicial	44,3417	8,8043	Bajo Nivel	,451
Recidiva	47,9917	9,3393	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran en el inicio de la radioterapia presentan un puntaje promedio de 44,3417 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran al final del tratamiento, tienen un puntaje promedio de 47,9917 puntos (Bajo Nivel de CV).

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 42: Prueba T Grupos Inicio y Final Radioterapia**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	1,984

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 1,984 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta no ser significativa.

**Gráfico n° 32: comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes al Inicio de la Radioterapia**



**Tabla n° 43: comparación de las puntuaciones medias de la Calidad de Vida entre los grupos de pacientes con Diagnóstico Inicial y Recidiva**

Grupos	Media Puntajes	Desviación Estándar	Nivel CV	Significancia Levene
Inicio Radioterapia	44, 3792	9,4587	Bajo Nivel	,569
Fínal Radioterapia	48,8917	9,9563	Bajo Nivel	

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede apreciar que existe una diferencia entre la media de puntajes de cada grupo, en donde los pacientes que se encuentran diagnosticados por primera vez presentan un puntaje promedio de 44,379 puntos (Bajo Nivel de CV), mientras que el grupo de pacientes que se encuentran en recidiva, tienen un puntaje promedio de 48,891 puntos (Bajo Nivel de CV).

Sin embargo, para saber si esta diferencia resulta ser significativa, es necesario realizar la prueba t de comparación entre dos grupos independientes con varianzas iguales.

**Tabla n° 44: Prueba T Grupos Diagnóstico Inicial y Recidiva en CV**

<b>Grados de Libertad</b>	<b>Nivel de Significancia</b>	<b>Valores de t Establecido</b>	<b>Valor de t obtenido</b>
58	0,05	2,0017	1,800

En este caso, para 58 grados de libertad a un nivel de significancia de 0,05 resulta una razón de 2,0017. Como la razón t calculada de 1,800 entre las dos muestras resulta ser menor que la establecida al nivel de 0.05 ( $p > 0,005$ ), entonces la diferencia resulta no ser significativa.

## VI. CONCLUSIONES

A la luz de la información obtenida en base a los procedimientos de comparación realizados en relación a cada una de las variables evaluadas, se puede concluir que:

En relación al indicador "Ansiedad" evaluado, existe un alto porcentaje de pacientes que presentan elevados niveles de ansiedad de acuerdo al cuestionario utilizado, y dentro de estos un porcentaje importante presentan un problema clínico de ansiedad. Estas cifras van desde un 46,66%, en el grupo con menor cantidad de pacientes afectados, hasta un 70% de pacientes en el grupo con mayor cantidad de afectados. Si se consideran estas cifras y se comparan con las de la población general en Chile, queda en evidencia que los resultados encontrados representan porcentajes más elevados de personas que presentan algún grado de ansiedad, incluso en las cifras estrictamente de "problema clínico" en algunos de los grupos evaluados, aunque estas comparaciones no resultan válidas pues la muestra es de tipo no probabilística.

De todos modos, cabe considerar que en los cuatro grupos evaluados existía mayor cantidad de pacientes mujeres, por lo cual esta variable podría incidir en parte en los resultados elevados obtenidos, ya que se sabe que éstas presentan mayores porcentajes de ansiedad. Sin embargo esto no ocurriría en población oncológica, motivo por el cual esta variable no fue considerada a la hora de constituir los grupos del estudio.

En cuanto a las diferencias encontradas entre los grupos, se observó que el grupo que se encuentra en el inicio de la radioterapia presenta mayores niveles de ansiedad que el grupo de pacientes que se encuentra al final de este tratamiento, encontrándose una diferencia significativa entre ambas puntuaciones. Esto podría tener una explicación si se considera que al momento de comenzar el tratamiento los pacientes se encuentran ante algo prácticamente desconocido, lo cual podría aumentar la ansiedad durante el periodo inicial, mientras que al finalizar el tratamiento el procedimiento ya es conocido y el paciente no presenta los miedos vinculados a lo desconocido. Lo mismo ocurre entre los otros dos grupos, en donde los pacientes con diagnóstico inicial presentan mayores niveles de ansiedad que los que presentan una recidiva de la enfermedad, cuya explicación sería similar a lo anteriormente ocurrido es decir, la adaptación a los tratamientos y el conocer los procedimientos podrían estar vinculados a la disminución de los niveles de ansiedad.

En relación a la evaluación del indicador Depresión, los resultados también indican que las cifras obtenidas en este estudio se encuentran por sobre el porcentaje de personas que presentan esta patología en Chile. En los grupos evaluados, las cifras van desde un 50% hasta un 73,33% de personas que presentan algún grado de sintomatología depresiva, e incluso en las cifras estrictamente de problema clínico alcanzan un 43,33% de pacientes en uno de los grupos evaluados. Sin embargo, debido a que la muestra es no probabilística, estas comparaciones no son generalizables.

En cuanto a las comparaciones realizadas entre los grupos, se encontró que el grupo de pacientes que presentan una recidiva de la enfermedad tienen mayores niveles de depresión que el grupo con diagnóstico inicial, pero no se encontró mayores diferencias entre los grupos de pacientes que se encuentran en el inicio de la radioterapia en comparación con los que se encuentran al final del tratamiento. Lo ocurrido se podría explicar considerando que la depresión es un proceso que requiere cierta elaboración psicológica (cognitiva y afectiva) de parte de las personas, es decir, es un proceso que conlleva tiempo en su aparición, lo cual se evidencia al presentarse mayormente en etapas tardías de la enfermedad (en la recidiva), y en que no hayan diferencias entre el inicio y el final de la radioterapia, pues el período es demasiado corto como para que se logre elaborar completamente la presencia de la depresión.

En relación al último indicador de salud mental evaluado, el estrés percibido, los porcentajes de pacientes que presentan niveles elevados van desde un 30% hasta un 56,66%, en donde el grupo de pacientes que se encuentra al inicio de la radioterapia es el que presenta la frecuencia más alta de pacientes que puntúan altos niveles de estrés percibidos, pero al igual que con los indicadores anteriores la comparación no es posible de generalizar pues la muestra es de tipo no probabilística.

De acuerdo a las comparaciones entre los grupos, el grupo de pacientes al inicio de la radioterapia presenta mayores niveles de estrés percibido que el grupo que se encuentra al final de este tratamiento, mientras que entre los grupos de pacientes diagnosticados por primera vez y los de recidiva no se encontraron mayores diferencias. Esto se podría explicar pues suele aumentar el estrés al enfrentarse a una etapa nueva, a procedimientos distintos y, en general, a un cambio en las

actividades de la vida cotidiana, cosa que ocurre en el inicio del tratamiento. Sin embargo los niveles de estrés, aún cuando no presenten diferencias significativas entre los grupos, se mantienen en prácticamente todas las etapas evaluadas, lo cual indicaría que éstas pueden ser igualmente estresantes para los pacientes, independientemente del grado de conocimiento y de adaptación a los tratamientos que poseen estos pacientes.

Por otro lado, en la evaluación de la Calidad de Vida en esta población, las cifras demuestran que existieron niveles considerablemente más bajos en comparación con los antecedentes de la población chilena, de acuerdo a una multiplicidad de estudios investigados. Sin embargo, debido al tipo de muestra del estudio, las comparaciones no son posibles de establecer. Además, cabe considerar que las mujeres presentan mayor afectación de la calidad de vida que los hombres, lo cual podría influir pues en la muestra evaluada existe una mayor cantidad de mujeres.

En relación a las comparaciones realizadas entre los grupos, existieron diferencias entre los grupos de pacientes al inicio de la radioterapia los cuales obtuvieron peores niveles que los del grupo del final del tratamiento, y entre los pacientes diagnosticados por primera vez y los de recidiva, en donde estos últimos presentan niveles mejores, en relación al componente de salud física evaluado. Una explicación posible para el primer caso es que los pacientes pueden llegar en condiciones físicas afectadas por la presencia tumoral en su organismo, mientras que al finalizar el tratamiento existe una disminución en relación al tamaño de los tumores, lo cual aporta en términos de la disminución del dolor y de la interferencia con procesos fisiológicos del organismo de estos pacientes. Lo mismo podría ocurrir en el segundo caso, ya que los pacientes que presentan recidiva, en general son detectados durante los controles que se realizan, en donde se detectaría la presencia de actividad neoplásica en pequeñas cantidades, por el contrario de los pacientes que son diagnosticados por primera vez, y que en general llegan en condiciones físicas sumamente comprometidas y afectadas por la presencia tumoral. En cuanto al componente de salud mental evaluado, no se encontraron diferencias significativas, encontrándose igualmente afectados todos los grupos, es decir, la calidad de vida, desde su componente mental, es alterada y afectada negativamente en estos pacientes durante todas las etapas del tratamiento y de en las distintas condiciones de la enfermedad.

## VII. LIMITACIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO

En el estudio realizado existieron algunas limitaciones que cabe considerar, ya que pueden considerarse a la hora de interpretar los resultados o de seguir investigando en la temática abordada. Entre éstas es importante mencionar que, los indicadores de salud mental evaluados y la calidad de vida, son variables que integran muchos factores, tanto físicos, como psicológicos, e incluso sociales, las cuales por condiciones de tiempo y de recursos humanos y materiales, no fueron posibles de considerar en su totalidad, y sólo se pudo evaluar las que cada instrumento consideraba en su configuración.

Esto se puede considerar en futuras evaluaciones sobre esta población, ya que sería un aporte importantísimo el contar con variables sociodemográficas, socioeconómicas, culturales, familiares, contextuales, etc. para poder realizar estimaciones más integrales sobre la salud mental y la calidad de vida, debido a la influencia que se sabe, tienen en estos pacientes.

Sería muy valioso además, el realizar estudios similares al presentado, con una metodología cualitativa de investigación, debido a la riqueza de información que aporta este tipo de metodología, información que podría ser una aporte incommensurable para la estimación de las condiciones tanto físicas como mentales, en que se encuentran estos pacientes, y que se podrían ser fundamentales al momento de crear los planes y lineamientos de atención médica integral para los pacientes que padecen esta enfermedad.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arbizu, Juan Pedro. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Servicio de Oncología, Hospital de Navarra, Pamplona, España. *Anales Sis San Navarra* 2000; 24 (Supl.1): 173-178.
2. Arrarás, J.J.; D.ueñas, T.; Mcirriño, R.; Prujá, E.; Villafranca, E.; Valordi, J.J. La Calidad de Vida en el paciente oncológico: Estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTEC. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/revis2a.html>
3. Barroilhert, Sergio. Conceptos, teoría y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Universidad de los Andes, Chile, ubicado en *Actas Esp. Psiquiatría* 2005, 33 (6): 390-397.
4. Bonet, J. (2003). El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome. Trabajo presentado en el Simposio Gador durante el Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. Disponible en: [http://www.gador.com.ar/iyd/ansi\\_est/estres.htm](http://www.gador.com.ar/iyd/ansi_est/estres.htm)
5. Cano Vindel, A. (2005). Control Emocional, estilo Represivo de Afrontamiento y Cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Revista de Psicooncología Universidad Complutense de Madrid*. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 71-80
6. Cano-Vindel A. *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense; 1989.
7. Cella, David. Métodos de Evaluación de la calidad de vida en psicooncología. En Die Trill, María. *Psicooncología*. Madrid: Ades 2003 pp 779-786.
8. Cea, M<sup>o</sup> Ángeles. *Metodología Cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. España: Síntesis S.A. 2001
9. Die Trill, María. Factores Psicológicos Asociados a los Diferentes Tratamientos Oncológicos. *Psicooncología*. Madrid: Ades 2003; p. 263- 290.
10. Die Trill, María. La evaluación psicológica del enfermo oncológico infantil y adulto. *Psicooncología*. Madrid: Ades 2003; p 313-336.
11. Die Trill, María. Los trastornos del estado de ánimo. *Psicooncología*. Madrid: Ades 2003; p. 347-366.
12. Die Trill María. *Psiconeuroinmunología y Cáncer*. *Psicooncología*. Madrid: Ades 2003; p. 691- 708.

13. Flores, J.A. Estrés emocional y Cáncer: Perfil Psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama. Departamento de Medicina Universidad de Oviedo. Artículo en Revista Salud Global, año IV, N°1, 2004.
14. Font, Antoni; Rodríguez, Eva; Buscemi, Valeric. Fatiga, Expectativas y Calidad de Vida en Cáncer. Revista de Psicooncología Universidad Complutense de Madrid. Vol.1 Núms. 2-3, 2004, pp.45-56.
15. Font, Antony. Cáncer y Calidad de Vida. Universidad de Barcelona, Anuario de Psicología, 1994, N° 61, pp. 41-50
16. Hollenstein MF, Gil F, Maté J, Porta J. Síntomas psiquiátricos: Ansiedad. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán, 2004; p.188-92.
17. Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. España: Desclee de Brouwer. Disponible en <http://sala.clacso.org.ar/gsdll/cgi-bin/library>.
18. Leonard, B. (2003). Estrés, Citoquinas y Depresión. Simposio Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Revisado en Abril 14 de 2008. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/leonard.pdf>
19. Lisart, Ferriols; Almiñana, Alós. Calidad de Vida en Oncología Clínica. Revisión Servicio de Farmacia Hospital Clínico Universitario, Valencia, 1995, 19 (6): 315-322.
20. Lugo, Josefina; Barroso, María; Fernández, Leticia. Calidad de Vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en Oncología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Revista Cubana de Oncología, 1996, 12(1).
21. Maté, Jorge; Gil, Francisco; Lluch, Purificación. Quilioterapia, Hormonoterapia e Inmunoterapia. En Die Trill, María. Psicooncología, Madrid: Ades. 2003. Pp 284-289.
22. Maté J., Hollenstein M. y Gil F (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente Oncológico. Unidad de Psico-Oncología. Institut Catala D'Oncologia. Revista de Psicooncología Universidad Complutense de Madrid, Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 211-230.
23. Meseguer, Carmen. La Ansiedad. En Die Trill, María. Psicooncología. Madrid: Ades 2003; p. 337-346.
24. Montes, Luz María; Mullins, María José; Urrutia, María Teresa. Calidad de Vida en mujeres con cáncer Cérvico Uterino. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2006, 71 (2), pp. 129-134.

25. Nazar, Gonzalo; Platzcr, Liesbeth; González, Iván; Messina, Andrea. Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de laringe. *Revista Otorrinolaringología Cir. Cabeza Cuello* 2004; 64, pp190-198.
26. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos Ministerio de Salud (2007). Disponible en <http://www.minsal.cl>
27. Olivares, P. Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004-2005. Departamento de Estudios y Desarrollo, 2006, pdf.
28. Riquelme Véjar R. (2006). Taller Trastornos de Personalidad y Trastornos de Ansiedad, Epidemiología. Sociedad Chilena de Salud Mental, ppt.
29. Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33730109.pdf>
30. Sirera, Rafael; Sánchez, Pedro; Camps, Carlos. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Revista de Psicooncología Universidad Complutense de Madrid*, Vol. 3 N° 1, 2006, pp. 35-48.
31. Stark D., M. Kiely, A. Smith, G. Velikova, A. House, and P. Selby. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, No 14 (July 15), 2002: pp 3137-3148
32. Tobón, Sergio; Núñez Rojas, Ariel César; Vinaccia, Stefano. Diseño de un Modelo de Intervención Psicoterapéutica en el área de la salud a partir del Enfoque Procesal del Estrés. *Revista de Estudios Sociales*, no. 18. CESO, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Los Andes: Colombia. 2004 0123-885X.  
Disponible en <http://res.uniandes.edu.co/pdf/descargar.php?f=../data/rev18.pdf>
33. Trastornos de la Ansiedad. Clasificación de los trastornos de la Ansiedad. Disponible en <http://www.psiquiatriachile.cl>
34. Triviño, Zaidier; Sanhueza, Olivia. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, Vol. 5 N° 1, Chía Colombia, 2005.
35. Tuesca, Rafael. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 76-86
36. Valle, Rubén; Zúñiga, Miguel; Tuzet, Carolina; Martínez, Carmen; De la Jara, Jesús; Aliaga, Rolig; Whitembury, Álvaro. Sintomatología depresiva y calidad de vida en

pacientes mujeres con cáncer de mama. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2006.

37. Vargas, Sofia. Profesores: tasa de depresión y ansiedad triplica el promedio nacional. Disponible en [http://www.educacion2020.cl/documentos/tasa\\_depresión\\_ansiedad\\_profesores.pdf](http://www.educacion2020.cl/documentos/tasa_depresión_ansiedad_profesores.pdf)

## IX. ANEXOS

### 1. Instrumentos de Evaluación

#### 1.1 Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (HADS)

##### HADS

Identificación ..... Fecha .....

*Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.*

**1. Me siento tenso o "nervioso"**

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

**2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba**

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

**3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder**

- Definitivamente, y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

**4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas**

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

**5. Tengo mi mente llena de preocupaciones**

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

**6. Me siento alegre**

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

**7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado**

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

**8. Me siento como si cada día estuviera más lento**

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

**9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago**

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

**10. He perdido interés por mi aspecto personal**

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

**11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme**

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

**12. Me siento optimista respecto al futuro**

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

**13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico**

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nada

**14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión**

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

**TOTAL ANSIEDAD:**

**TOTAL DEPRESIÓN:**

## 1.2 Cuestionario de Estrés Percibido PSQ

### PSQ

Identificación ..... Fecha .....

A: Casi nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

Último mes  
A B C D

1. Se siente descansado .....
2. Siente que recaen sobre usted excesivas tareas .....
3. Está enfadado o irritable .....
4. Tiene demasiadas cosas que hacer .....
5. Se siente solo o aislado .....
6. Se encuentra ante situaciones conflictivas .....
7. Siente que está haciendo cosas que realmente desea .....
8. Se siente cansado .....
9. Teme que no va a poder alcanzar sus objetivos .....
10. Se siente tranquilo .....
11. Tiene demasiadas decisiones que tomar .....
12. Se siente frustrado .....
13. Se siente lleno de energía .....
14. Se siente tenso .....
15. Sus problemas parecen amontonarse .....
16. Tiene la sensación de ir demasiado deprisa .....
17. Se siente seguro y protegido .....
18. Tiene muchas preocupaciones .....
19. Está bajo presión de otras personas .....
20. Se siente desalentado .....
21. Se divierte .....
22. Tiene miedo del futuro .....
23. Siente que hace las cosas porque tiene que hacerlas no porque quiera hacerlas .....
24. Se siente criticado o juzgado .....
25. Se siente alegre .....
26. Se siente mentalmente exhausto .....
27. Tiene dificultad para relajarse .....
28. Se siente cargado de responsabilidades .....
29. Tiene bastante tiempo para sí mismo .....
30. Se siente bajo presión de fechas (plazos) .....

**PSQ Reciente:**

### 1.3 Cuestionario SF-36 V2. Calidad de Vida (Versión para Chile).

#### ESTADO DE SALUD SF 36 V2

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, *escriba la mejor respuesta posible*. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que *su Salud es*:

Excelente       Muy buena       Buena       Regular       Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está *su Salud ahora?*

Mucho mejor       Algo mejor       Igual       Algo peor       Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. *¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.*

Actividades	<i>Si, muy limitada</i>	<i>Si, un poco limitada</i>	<i>No, no limitada</i>
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de *su salud física*?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la <i>cantidad de tiempo</i> dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo <i>menos</i> de lo que le hubiera gustado hacer.  Estuvo <i>limitado</i> en su trabajo u otra actividad.					
<i>Tuvo dificultad</i> para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de *problemas emocionales* (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido <i>el tiempo</i> dedicado su trabajo u otra actividad.					
Ha <i>logrado hacer menos</i> de lo que hubiera querido.					
Hizo su trabajo u otra actividad <b>con menos cuidado</b> que el de siempre.					

6.- Durante el **último mes**, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales normales* con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera     Un poco     Moderadamente     Bastante     Mucho

7.-¿ Tuvo *dolor* en alguna parte del cuerpo en el **último mes**?

Ninguno     Muy poco     Leve     Moderado     Severo

8.- Durante el **último mes** ¿Hasta qué punto el *dolor ha interferido con sus tareas* normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera     Un poco     Moderadamente     Bastante     Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?					
Estuvo muy nervioso?					
Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
Se sintió tranquilo y calmado?					
Se sintió con mucha energía?					
Se sintió desanimado y triste?					
Se sintió agotado?					
Se ha sentido una persona feliz?					
Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales*, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre     la mayor parte del tiempo     Algunas veces     Pocas veces     Nunca

11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	<b>Definitivamente cierto</b>	<b>Casi siempre cierto</b>	<b>No sé</b>	<b>Casi siempre falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable como cualquiera persona.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

**2. Consentimiento Informado para Investigación Psicológica: Estudio Comparativo Descriptivo de Indicadores de Bienestar Psicológico en población sometida a tratamiento de Radioterapia.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación en psicología correspondiente a la evaluación de algunos indicadores de bienestar psicológico. A continuación se le proporcionará la información sobre el estudio. Por favor, lea atentamente y pregunte a la investigadora todo aquello que no comprenda. Una vez finalizada su lectura y de haber decidido participar, se le solicitará que firme este consentimiento y se le entregará una copia del mismo.

- **Objetivo del estudio:** El objetivo de este estudio es recabar información sobre indicadores de bienestar psicológico en personas bajo tratamiento de Radioterapia.
- **Procedimiento de evaluación:** Ésta consiste en la aplicación de 3 test diferentes, los cuales debe responder de acuerdo a las indicaciones de cada uno. El tiempo estimado es de 15 a 30 minutos.
- **Costos y Beneficios de la participación:** No existen posibles riesgos conocidos en la participación de este estudio. No se incluyen tratamientos ni se alteran la relación con su actual médico tratante ni en el tratamiento recibido. No recibirá beneficios directos, ni remuneraciones monetarias; sin embargo, la información aportada podría ser de importante valor para futuros planes de atención psicológica en la población consultante. Podrá retirarse de este estudio en cualquier momento sin ser obligado a dar razones y sin que esto lo(a) perjudique en su calidad de paciente o usuario.

La confidencialidad de sus datos personales será protegida en la medida permitida por las leyes y disposiciones vigentes.

Con la firma de este formulario Ud. no renuncia a ninguno de sus derechos legales como participante de un estudio de investigación.

---

De acuerdo con lo leído; Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado. Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por: Fernanda Bustos, teléfono móvil: 08-9087061. Tesisista Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

*Acepto participar en el Estudio:*

---

*Firma Participante*

---

*Firma Investigadora*

*Fernanda Bustos G.*

Docente Supervisor:

*Dra. Ps. Liliana Contreras*

