



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela

Montevideo, 21 de noviembre del 2021

Número de registro CNEI 4009072

Esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, Hospital de Clínicas, Julio-Septiembre-2021

Ciclo de Metodología Científica II - 2021 - Grupo 82

**Autores: Acosta Suárez, Agustina Karen¹; González Borreani, Diego Facundo¹;
Gorriaran Muro, Stephanie Josefina¹; Jover Varaldo, Eduardo Carlos¹; Pérez
Márquez, Camila Belén¹; Amarillo Hernández, Dahiana²; García Pérez, Ana Isabel³**

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2021 - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay

² Servicio de Oncología Clínica - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay

³ Departamento de Psicología Médica - Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	5
Marco Teórico	6
Fundamento de la propuesta.....	12
Objetivos	13
Metodología.....	13
Resultados	15
Discusión.....	22
Conclusiones generales y perspectivas	25
Bibliografía	27
Agradecimientos.....	29
Anexos	30

Resumen

Antecedentes: Se han realizado diferentes estudios a nivel mundial, los cuales han concluido que la esperanza tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos en estadios avanzados.

Actualmente no existen estudios en Latinoamérica, ni en Uruguay sobre este tema, por lo que es importante ampliar y profundizar el conocimiento, para poder generar herramientas que contribuyan al manejo del paciente en el ámbito clínico.

Objetivos: Este trabajo tuvo como objetivo principal conocer la relación entre la esperanza y la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Metodología: Se trató de un estudio observacional, analítico-descriptivo, transversal que se llevó a cabo a través de la realización de dos cuestionarios que evaluaron las variables mencionadas en los pacientes. Para la esperanza se utilizó el índice de esperanza de Herth (HHI) y para la calidad de vida se utilizó el cuestionario Functional Assessment Cancer of Therapy - General (FACT-G).

Fueron reclutados 45 pacientes, mayores de 18 años, con diagnóstico reciente de cáncer, no pasible de tratamiento curativo, desde julio a septiembre de 2021.

Resultados: Se determinó la correlación entre HHI y FACT-G con un coeficiente de Pearson de 0.041. Se observó que la esperanza tiene correlación significativa con la atención recibida en el Servicio de Oncología ($p=0.044$) y la contención familiar ($p=0.009$). Por otra parte, las variables presencia de metástasis óseas y el asistir acompañado a la consulta repercuten en la calidad de vida ($p=0.031$ y $p=0.025$ respectivamente).

Conclusiones: La esperanza y calidad de vida se correlacionan positivamente, al igual que la calidad asistencial del Servicio de Oncología con la esperanza.

Palabras claves: Cáncer, cuidados paliativos, esperanza, calidad de vida, FACT-G, Índice de Herth.

Abstract

Background: Different studies have been carried out worldwide, which have concluded that hope has a positive impact on the quality of life of cancer patients in advanced stages.

Currently, there are no studies in Latin America or Uruguay on this subject, so it is crucial to expand and deepen the knowledge to generate tools that contribute to patient management in the clinical setting.

Objectives: The main aim of this work was to know the relationship between hope and quality of life in patients with advanced cancer disease.

Methodology: It was an observational, analytical-descriptive, cross-sectional study carried out by completing two questionnaires that evaluated the variables mentioned in the patients. The Herth expectancy index (HHI) was used for hope, and the Functional Assessment Cancer of Therapy - General (FACT-G) questionnaire was used for quality of life.

Forty-five patients older than 18 years, with a recent cancer diagnosis, not eligible for curative treatment, were recruited from July to September 2021.

Results: The correlation between HHI and FACT-G was determined with a Pearson coefficient of 0.041. Hope has a significant correlation with the care received in the Oncology Service ($p = 0.044$) and family support ($p = 0.009$). On the other hand, the presence of bone metastases and attending the consultation accompanied have repercussions on the quality of life ($p = 0.031$ and $p = 0.025$, respectively).

Conclusions: The hope and quality of life are positively correlated, and the quality of care of the Oncology Service with hope.

Keywords: Cancer, palliative care, hope, quality of life, FACT-G, Herth's index.

Introducción

El cáncer es un importante problema de Salud Pública con altas tasas de incidencia y mortalidad. A nivel mundial anualmente se presentan aproximadamente 14,1 millones de casos nuevos, 32,6 millones de personas viven con cáncer y 8,2 millones de personas mueren al año por dicha causa (1).

En Uruguay se diagnostican alrededor de 13.000 casos nuevos (exceptuando al cáncer de piel distinto al melanoma). Más de 8000 pacientes no son candidatos a tratamiento curativo, y mueren por esta enfermedad anualmente (1).

El cáncer ocurre cuando las células del cuerpo crecen y se multiplican en forma descontrolada. Cuando nos referimos al cáncer avanzado, hablamos de aquellos que se han propagado desde el lugar donde se originaron a otros órganos o partes del cuerpo y/o que no son candidatos a un tratamiento curativo. A medida que el cáncer avanza puede causar síntomas como cansancio, debilidad, pérdida de peso, dolor, falta de aire, los cuales requieren tratamiento para ayudar a controlarlos, incluso cuando el paciente ya no sea candidato a un tratamiento onco-específico con criterio curativo.

El cáncer en estas situaciones se transforma en una amenaza para la vida, siendo un evento estresante que requiere de estrategias sanitarias, terapéuticas y personales para afrontarlo.

La esperanza permite a las personas afrontar las situaciones de estrés, mientras que la calidad de vida influye en la percepción individual que realiza el paciente frente a situaciones estresantes. Estas variables juegan un rol protagónico en el diagnóstico, tratamiento y progresión de la enfermedad oncológica.

A pesar de la actitud y la forma en la que cada paciente reacciona emocional e intelectualmente a la enfermedad, la mayoría de estos optan por aferrarse a la vida y continuar viviendo. Es aquí donde el término esperanza juega un papel importante para todo paciente oncológico paliativo. Este término es reconocido como un elemento esencial en la vida de una persona, es una característica profunda e inherente del ser humano y una elección vital para que las personas respondan, se adapten y acepten su situación de enfermedad.

Desde la teoría existente, la esperanza puede verse como una variable que contribuye positivamente en la calidad de vida. El modo en que el paciente transita su enfermedad varía según distintos factores que se intentaron identificar en el presente trabajo, en especial, la relación entre esperanza y calidad de vida y su relación con el apoyo social y familiar, así como del control sintomático.

En este contexto, el abordaje se enmarca en la aplicación de instrumentos cuyo objetivo consistió en establecer la relación entre esperanza y calidad de vida, dado que, desde la perspectiva de la práctica clínica oncológica, la evaluación de estas variables constituye un aspecto fundamental en pacientes, familiares y equipo de salud.

Marco Teórico

Antecedentes:

La esperanza es “una fuerza de vida dinámica y multidimensional, que se caracteriza por un grado de expectativa por alcanzar un futuro adecuado por medio del planteamiento de metas realistas y significativas para la persona”

Dufault y Martocchio, 1985

- Esperanza.

La esperanza y su impacto en la salud ha sido evaluada y definida por distintos autores a nivel mundial de diferentes formas a lo largo de los años.

Se entiende como “una fuerza vital dinámica multidimensional caracterizada por una expectativa segura pero incierta de lograr el buen futuro, que, para la persona que espera, es realista y personalmente importante” (2). Se concibe como una forma de lidiar con las incertidumbres del presente en anticipación de un futuro que estará cerca de las necesidades, metas, sueños y deseos (3).

Se considera “una construcción multifacética que tiene una influencia significativa en el comportamiento humano” (4).

En 1993 Kaye Herth define a la esperanza como “un poder interno que facilita la trascendencia de la situación actual y permite una expectativa basada en la realidad de un mañana más brillante para uno mismo y/o para otros” (5).

En 1991 Herth combina las dimensiones propuestas por Dufault y Martocchio, de las cuales derivan tres dominios que se asocian a la esperanza: cognitivo-temporal, afectivo-conductual y afiliativo-contextual. El dominio cognitivo-temporal incluye la evaluación de que el resultado deseado es probable y por lo tanto realista. El afectivo-conductual hace referencia al sentimiento de confianza para iniciar la acción y el afiliativo- contextual incorpora aspectos relacionales y espirituales (6).

Es de relevancia destacar que ninguna enfermedad se debería transitar sin la presencia de la esperanza, sobre todo cuando los pacientes se encuentran en etapa paliativa. Es un derecho de los pacientes mientras vivan, vigente hasta los últimos momentos de su existencia (7).

Se conoce poco de los factores que pueden favorecer o sostener la esperanza. Se ha visto que aspectos emocionales (entre ellos la esperanza), pueden afectar el sistema inmunológico, habiendo evidencia de que las respuestas tanto innatas como adaptativas pueden modularse ante los mismos (8), por lo que no solo afectan la forma en el que el paciente transita la enfermedad, sino que hasta podrían modular el pronóstico de los pacientes.

Conocer cuales son los factores que impactan en la esperanza, nos permitirá diseñar estrategias para incrementarla, o identificar pacientes en riesgo o vulnerabilidad con pérdida de la misma y desarrollar intervenciones.

Ya mencionamos que definir esperanza es difícil, agregamos que también se encuentra dificultad a la hora de medirla y “operacionalizarla” como variable.

Se van a requerir instrumentos con una base teórica sólida, adecuadas propiedades psicométricas y facilidad de uso.

Para su estudio en pacientes oncológicos se utilizan diferentes escalas, destacando la escala de Herth, en su versión más acotada denominada Herth Hope Index (HHI) (9). Herth fue la primera en introducir el estudio psicométrico de la esperanza en el ámbito de la medicina.

La presente escala tiene en cuenta aspectos diarios de la vida del paciente como el optimismo por la vida, sus planes a corto y largo plazo, la fe, sus posibilidades dentro de su estado de salud, entre otros ítems.

Importa resaltar que diversos estudios validan la escala de Herth (6,10–12), lo cual permite al personal de salud contar con una herramienta efectiva, rápida y de fácil acceso para la valoración de estos pacientes.

- Esperanza en pacientes oncológicos.

Respecto a la esperanza y su impacto en enfermedades avanzadas, en 1990 Kaye Herth publica un estudio sobre la asociación de la esperanza y su impacto en los enfermos con patología avanzada en etapa no curativa. Los resultados respaldan esta asociación independientemente de sus limitaciones físicas o su cercanía a la muerte (13).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer pueden afectar el funcionamiento físico, la salud mental y la calidad de vida de las personas con cáncer. Los efectos a largo plazo y tardíos después de un diagnóstico de cáncer tienen un impacto importante en los pacientes, y podrían influir en su esperanza (14).

La esperanza ha sido considerada una estrategia de afrontamiento importante entre los pacientes con cáncer en diferentes estadios. Muchos investigadores encontraron que el alto nivel de esperanza estaba asociado con menor nivel de ansiedad y depresión a la hora del diagnóstico, un mayor apoyo social y una mejor calidad de vida (15).

Un estudio publicado en 2002 realizado en mujeres con cáncer de mama evaluó aquellos factores que influyen en sus niveles de esperanza, destacando el apoyo social, su autoestima, así como la presencia de creencias religiosas. Los resultados determinaron que el apoyo social, la autoestima y la presencia de creencias religiosas resultaron ser contribuyentes significativos en la variación de la esperanza (16).

En 2010 se publicó un estudio que evaluó la esperanza en una muestra comunitaria de pacientes con cáncer utilizando la escala de esperanza de Herth. Permitted observar que la misma se encuentra asociada

de manera significativa entre el estado de salud y la angustia psicológica, por lo tanto sugiere que podría tratarse de un recurso importante para los pacientes con cáncer porque “puede afectar la forma en que uno se ve a sí mismo, su estado de salud y sus posibilidades futuras” logrando reducir la angustia psicológica cuanto mayor sean los niveles de esperanza del paciente (17).

En un estudio de Kernohan et al. (2007), se descubrió que la esperanza era una clave espiritual necesaria para los pacientes oncológicos en estadios avanzados (18).

Los estudios también sugieren que la esperanza facilita el afrontamiento de una enfermedad terminal (Bove, 1996 (19)).

Un estudio evaluó la experiencia del dolor en pacientes oncológicos y sugirió que el mantenimiento de la esperanza es un proceso importante para afrontar el mismo, siendo importante tanto para vivir como para morir (20). Vivir con una enfermedad incurable no significa necesariamente vivir sin esperanza, de hecho, la esperanza puede implicar una experiencia positiva a pesar de esta enfermedad incurable.

Algunos estudios centrados en la desesperanza determinaron que existe una correlación entre la desesperanza y la ideación suicida en pacientes terminales, por lo que, carecer de esperanza en estos pacientes puede contribuir a desear la eutanasia o el suicidio asistido en los países donde esto está legalmente permitido, junto con el miedo al dolor o a una muerte dolorosa y a las preocupaciones sobre la calidad de vida que se puede alcanzar o perder en el transcurso de la enfermedad (21).

Varios académicos enfatizan la importancia de generar esperanza a pesar de una enfermedad incurable, ya que ayuda al paciente a afrontar el futuro incierto (13).

La esperanza se considera un recurso importante para los pacientes paliativos dado que funciona como una afirmación de la vida, más que como un mecanismo de negación a la muerte. Por lo mencionado, es que los profesionales de la salud buscan incrementar los niveles de esperanza en sus pacientes (6).

“Los cuidados paliativos son un enfoque especial en el cuidado de las personas que tienen enfermedades graves”

(American Cancer Society, 2019)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los Cuidados Paliativos “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia (22).

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los cuidados paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable basados en programas de atención integral que pretenden mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes, como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, y una evaluación adecuada (23).

Estos cuidados especiales están asociados éticamente a un "buen morir", entendiéndolo por ello morir sin dolor, con los síntomas controlados, junto a la familia, en el lugar que el paciente elige, recibiendo sedación cuando corresponde, y no ser objeto de una obstinación terapéutica por parte de los médicos. El buen morir abarca también el bienestar de los familiares del paciente, que más allá de la tristeza y dolor razonables, puedan evitarse duelos patológicos. La familia se considera parte importante del equipo terapéutico, por lo que se procura apoyarla para que asuma un rol activo en el cuidado de la persona enferma (24).

Contamos con una revisión integradora que busca determinar la relación entre esperanza y cuidados paliativos. Se encontró que hay al menos dos grandes ítems en cuanto a esperanza en el contexto de cuidados paliativos: "vivir con esperanza" y "esperar algo" que, sin embargo, no son contenidos separados. Los factores relacionados con los pacientes, otras personas (por ejemplo, otras personas significativas para el mismo), la enfermedad, la atención y el contexto contribuyen o atentan contra la esperanza del paciente. Se han elaborado varios instrumentos para medir la esperanza en un contexto paliativo. Sin embargo, se necesitan investigaciones futuras para recopilar más evidencia de validez para estos instrumentos, la esperanza en sus seres queridos y las intervenciones para generar esperanza en los pacientes que están en cuidados paliativos y sus resultados (2).

Un trabajo llevado a cabo por Brown, y publicado en 2005 (25), concluyó que la esperanza tiene una influencia positiva sobre la salud. Si bien la esperanza de cura es importante, la esperanza no es menos importante en el final de la vida cuando el objetivo de la atención médica es la calidad de vida. Analizaron utilizando los instrumentos Herth Hope Index (HHI) y el Hospice Quality of Life Index (HQLI), dado que se trataba de pacientes internados. Las puntuaciones totales de HHI y las puntuaciones totales de HQLI tuvieron una correlación significativamente positiva ($r = .356$; $p = .049$). Este hallazgo sugiere que la esperanza es un concepto diferente al de calidad de vida, pero que estos conceptos están relacionados, incluso cuando ya no hay una posibilidad de curación para los pacientes.

- Esperanza y calidad de vida.

“La esperanza se encuentra estrechamente relacionada con la calidad de vida”

(Hampton y Qin-Hilliard, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida de una persona como “la

percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (26).

La calidad de vida es un parámetro clave en el abordaje integral de la salud en las poblaciones. No se debería concebir una intervención en salud que no incluya esta dimensión como objetivo, particularmente en pacientes oncológicos. De hecho, se ha transformado en un objetivo primario de muchos trabajos en pacientes oncológicos, dado que es deseable que los tratamientos a implementar (sobre todo en enfermedades avanzadas sin posibilidades de curación), mejoren la calidad de vida y no sólo prolonguen la misma (27). Su evaluación puede proporcionar a médicos y pacientes información importante y ayudar a identificar un mejor tratamiento.

La calidad de vida puede ser objetivada a través de distintos instrumentos.

Se han desarrollado cuestionarios específicos de cáncer con formularios para sitios de tipos de tumores específicos y se ha demostrado que son más sensibles a los cambios que los cuestionarios genéricos (los cuales son útiles al hablar de cáncer en general). La evaluación de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento puede ser un factor pronóstico importante, incluso independientemente del estado funcional. La evaluación del beneficio clínico presenta importantes deficiencias y la relevancia clínica de esta evaluación debe interpretarse con precaución. La inclusión en la práctica oncológica de la evaluación de la calidad de vida tiene un impacto positivo en la comunicación médico-paciente, permite conocer como la enfermedad oncológica y sus tratamientos afectan no solo desde lo físico, sino a nivel funcional, psicológico y social y además permite mejorar las intervenciones terapéuticas y derivaciones a especialistas, logrando cambios positivos en el bienestar y satisfacción del paciente.

Un cuestionario desarrollado en 1987, denominado Functional Assessment Cancer of Therapy (FACT-G) consiste en una escala que mide la calidad de vida en el paciente oncológico independientemente del tipo de cáncer que presente. El mismo es aplicado en Uruguay desde hace varios años y se caracteriza por medir o analizar la calidad de vida por medio de 27 ítems. Para ello se investigan diferentes aspectos cotidianos del paciente que abarcan el descanso, la alegría, la tristeza, la satisfacción, el grado de aceptación de su enfermedad, así como su preocupación por morir, entre otros aspectos.

Esto fue evaluado en varios estudios realizados en Uruguay. En el 2001 Dapuetto y colaboradores evaluaron el instrumento en una muestra de 140 pacientes uruguayos con cáncer de diversos sitios, en diferentes etapas de la enfermedad y bajo diferentes formas de tratamiento. Se vio que el FACT-G que mostró altos coeficientes (alfa de Cronbach) en cada una de las subescalas y en la puntuación total del cuestionario, lo cual se relaciona con una confiabilidad y validez aceptables y una buena factibilidad para su uso como instrumento de investigación en pacientes uruguayos con cáncer (28). Otro estudio del mismo autor buscó evaluar el FACT-G Versión 4 en español en pacientes uruguayos con cáncer, tomando datos en 309 pacientes, con varios sitios tumorales, en diferentes estadios de la enfermedad y recibiendo diferentes tratamientos. La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach

y mostró una alta consistencia interna para cada una de las subescalas y su escala total (rango = .78 - .91) del FACT-G. Los resultados indicaron que, utilizando tanto el abordaje tradicional como el TRI, el FACT-G español tiene buena confiabilidad y validez para ser utilizado como instrumento de calidad de vida en pacientes uruguayos con cáncer (29). Resultados similares pudieron verse en un estudio publicado en 2014, en el que además se utilizaron otras escalas.

Otro estudio fue llevado a cabo en el Servicio de Oncología del HC, presentado en el 14vo Congreso de Oncología en 2016 (30), concluyendo que la inclusión en la práctica oncológica de la evaluación de calidad de vida con el instrumento FACT-G tiene un impacto positivo en la comunicación médico-paciente, permitiendo al médico tener un acercamiento a la problemática general de los mismos, conocer como la enfermedad oncológica y sus tratamientos afectan no solo desde lo físico, sino a nivel funcional, psicológico y social y nos permite mejorar las intervenciones terapéuticas y derivaciones a especialistas, logrando cambios positivos en el bienestar y satisfacción del paciente.

Existen varios estudios que evalúan el impacto de la esperanza en el pronóstico y la calidad de vida de pacientes con cáncer, aunque este es el primero que se desarrolla en nuestro país, y hasta donde tenemos entendido, también en la región.

En un estudio prospectivo dentro del ensayo fase III “MAX” se estudió la asociación entre esperanza, optimismo, ansiedad, depresión, calidad de vida y sobrevida en pacientes con cáncer colorrectal metastásico que comienzan el tratamiento de primera línea con quimioterapia. En dicho estudio se observó que la esperanza se correlacionó negativamente con la depresión y se asoció con la sobrevida global al evaluarse de manera independiente, al tener en cuenta otros factores pronósticos conocidos (31).

Otro estudio valoró la esperanza en pacientes con cáncer de pulmón operados y su relación en el tratamiento y control sintomático relacionado al cáncer como dolor, tos y disnea, entre otros. El mismo evaluó el nivel de esperanza mediante la escala Herth Hope Index (HHI). Los resultados evidenciaron que cuando los niveles de esperanza eran mayores, aumentaba el control sintomático postoperatorio. Por tanto, se destaca la influencia positiva estadísticamente significativa entre la mejoría de los síntomas y la esperanza (32).

Un estudio evaluó, en una muestra comunitaria de pacientes con cáncer, las relaciones entre características demográficas y clínicas, estado de salud, angustia psicológica y la esperanza, medida con el índice de Herth. Se reclutaron 194 participantes, que fueron principalmente mujeres con cáncer de mama. Se mostró la esperanza se asoció con el malestar psicológico y satisfacción con la vida, concluyendo que es un recurso importante para los pacientes oncológicos que impacta en su calidad de vida y planteando que puede ser un mecanismo de afrontamiento importante que los médicos deben considerar cuando intentan ayudar los pacientes, ya que reduce la angustia psicológica asociada con el cáncer y su tratamiento (33).

Otro estudio evaluó la calidad de vida y sus factores de influencia entre pacientes con cáncer de mama triple negativo, especialmente el papel de la esperanza y el apoyo social. La esperanza se correlacionó positivamente con la calidad de vida ($P < 0,001$). Los autores concluyen que la esperanza y el apoyo social son predictores positivos de la calidad de vida. Programas de apoyo e intervenciones dirigidas a niveles crecientes de esperanza deben tenerse en cuenta al cuidar a este grupo de pacientes (34).

Un estudio con pacientes con cáncer de pulmón avanzado mostró que la esperanza se asoció inversamente con los principales síntomas de cáncer (es decir, dolor, fatiga y tos) y angustia psicológica (es decir, depresión). Resaltan la importancia potencial de la esperanza para comprender la adaptación del paciente al cáncer de pulmón y concluyen que la investigación futura podría ayudar a revelar cómo la esperanza interactúa durante el transcurso de la enfermedad (15).

La mayoría de la evidencia previa, como podemos ver, nos muestra que la esperanza está estrechamente relacionada con la calidad de vida, se ha visto que hay una correlación positiva entre esta variable y la calidad de vida en pacientes con cáncer, donde un bajo nivel de esperanza, predice bajos niveles de calidad de vida dichos pacientes. Resta conocer con mayor profundidad los aspectos que influyen en la esperanza y en la relación para el desarrollo de intervenciones en este grupo de pacientes.

Fundamento de la propuesta

El cáncer es un problema de Salud Pública con altas tasas de incidencia y mortalidad. El hecho de sufrir una enfermedad avanzada que no sea pasible de tratamiento curativo supone un gran impacto psicológico, afectando las emociones y sentimientos del paciente.

Desde finales de la década de 1980, el cáncer se convirtió en un sitio primario para la investigación psicométrica de la esperanza por tener un impacto positivo en fenómenos clínicos del paciente, así como en la manera de afrontar su enfermedad. Se ha observado que la esperanza tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes oncológicos en estadios avanzados, al punto que mejoraría la sobrevida de los mismos, así como el transitar de la enfermedad.

Cabe destacar que aún hacen falta más estudios que permitan establecer con mayor claridad la relación entre esperanza y calidad de vida, qué factores inciden en cada una de ellas, y en la relación, para poder implementar medidas que las potencien.

Por lo tanto, se considera que es una temática de gran interés en el ámbito clínico, cuyo abordaje colaborará en el aporte y generación de otras herramientas que contribuyan en el manejo de estos pacientes (35).

Dicha relación ha sido abordada a nivel mundial, pero actualmente no existen trabajos en Latinoamérica ni en Uruguay, por lo que se remarca la importancia de profundizar y ampliar el conocimiento al respecto.

Conocer esta relación y los factores que eventualmente inciden en la misma, podría ayudar a establecer programas o intervenciones que permitieran contribuir a mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

Objetivos

General

- Conocer la relación entre esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Específicos:

- Relacionar aspectos sociodemográficos con la percepción de esperanza y calidad de vida en los pacientes.
- Determinar la relación entre el control sintomático al momento de la consulta (en especial el dolor), la esperanza y la calidad de vida.
- Asociar aspectos de la calidad de asistencia con la esperanza y la calidad de vida

Metodología

Se trata de un estudio observacional, analítico-descriptivo, transversal, en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con enfermedad oncológica en fase paliativa que concurrieron al Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas, en el periodo Julio-Septiembre de 2021.

Previo a la recolección de datos el participante debía ser capaz de leer, consentir y firmar el consentimiento informado (Anexo 1).

Muestra: El tamaño muestral se definió por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico reciente de cáncer en fase paliativa, cualquiera sea su topografía, no pasible de tratamiento curativo, mayores de 18 años, en el periodo Julio-Septiembre de 2021 que previamente hayan leído, consentido y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes sin enfermedad oncológica diseminada o candidatos a un tratamiento curativo, menores de 18 años, que hayan pasado más de dos meses desde el inicio del tratamiento oncoespecífico.

Análisis y recolección de datos:

Se aplicó una planilla en la que se recabaron datos de interés sobre el paciente (sitio del primario, factores sociodemográficos, aspectos generales de la calidad asistencial, presencia de síntomas al momento de la consulta).

Para la medición de la esperanza en los pacientes se utilizó el cuestionario breve de Herth “Índice de esperanza de Herth” (HHI) el cual consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta que el participante debía marcar con una cruz la opción que más se adecue a él/ella en las últimas dos semanas (Anexo 2). La presente escala tiene en cuenta aspectos diarios de la vida del paciente como son el optimismo por la vida, sus planes a corto y largo plazo, la fe, las posibilidades dentro de su estado de salud, entre otros ítems de interés. Cuanto mayor sea el puntaje obtenido, mayor es el nivel de esperanza, por lo que se evaluó como una variable cuantitativa continua.

Por otra parte se realizó el cuestionario “Functional Assessment of Cancer Therapy – General” (FACT-G) desarrollado en 1987 por el Dr. David Cella PhD, director del Departamento de Ciencias Sociales y Médicas de la Universidad de Northwestern (Anexo 3). Esta escala ya ha sido utilizada y validada en nuestro país (29).

Evalúa la calidad de vida en pacientes oncológicos durante los últimos siete días, analizando cuatro aspectos claves como el físico, social, emocional y el bienestar funcional, por medio de 27 ítems que se categorizan con una escala tipo Likert u ordinal entre 0 y 4 (0 = nada, 1 = un poco, 2 = algo, 3 = mucho, 4 = muchísimo). Para ello se investigan diferentes aspectos cotidianos del paciente que abarcan el descanso, la alegría, la tristeza, la satisfacción, el grado de aceptación hacia su enfermedad así como su preocupación por la muerte, entre otros aspectos. A través del mismo se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre la percepción de su calidad de vida global y salud en general. Cabe destacar que no existen puntos de corte propuestos, por lo que a mayor puntuación, mayor calidad de vida, exceptuando algunos ítems como FACT-G físico y FACT-G emocional donde a mayor puntuación menor calidad de vida. De la misma manera que el cuestionario HHI, también se analizó como una variable cuantitativa continua, en la cual tampoco hay puntos de corte, comportándose de forma similar al FACT. Se evaluó la correlación entre la esperanza por HHI y la calidad de vida por FACT-g con test de Pearson.

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para el resto de las variables del estudio: medias junto con sus medidas de dispersión para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Se compararon las medias de los distintos grupos con test de ANOVA.

Siempre se consideraron valores p menores a 0,05 con test de una cola para determinar diferencias estadísticamente significativas.

En lo referente al análisis de los datos, se utilizó el software SPSS-25.

Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de conformidad con las leyes y decretos que rigen la investigación en seres humanos.

El Decreto 158/019 del 03/06/2019 el cual remite en su fundamentación a la Declaración Universal de Derechos Humanos del año 2000, la declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, Artículos 44 y 72 de la Constitución de la República, la ley N° 9202 de Enero de 1934, el literal c) del Artículo 44 del Anexo del decreto N° 379/008 de Agosto del 2008, la Ley N° 18331 del 11 de Agosto de 2008, la Ley 18335 de Agosto de 2008, y el Artículo 339 de la Ley N° 18362 del 6 de Octubre de 2008.

Todos los participantes debieron aceptar el consentimiento informado previo a realizar los cuestionarios.

Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina.

Presupuesto

El estudio se financia con los cargos docentes de los orientadores.

Recursos necesarios

Computadoras o celulares con acceso a internet, consentimientos informados y encuestas en formato papel para cada uno de los pacientes, así como el Software SPSS para el análisis de los datos obtenidos.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes participantes.

Análisis demográfico

El tamaño muestral obtenido fue de 45 pacientes, de los cuales 51% eran de sexo femenino y 49% de sexo masculino. Aproximadamente la mitad de los pacientes eran de Montevideo (51,1%) y el resto, provenía del interior (48.9%). La media de edad fue de 56.82 años, con un rango de entre 25 a 84 años. El 60% de los encuestados presentaba creencias religiosas.

En relación a otros datos sociodemográficos obtenidos como ser estado civil, nivel educativo, integrantes del núcleo familiar y paternidad/maternidad véase Tabla 1 y Figura 1.

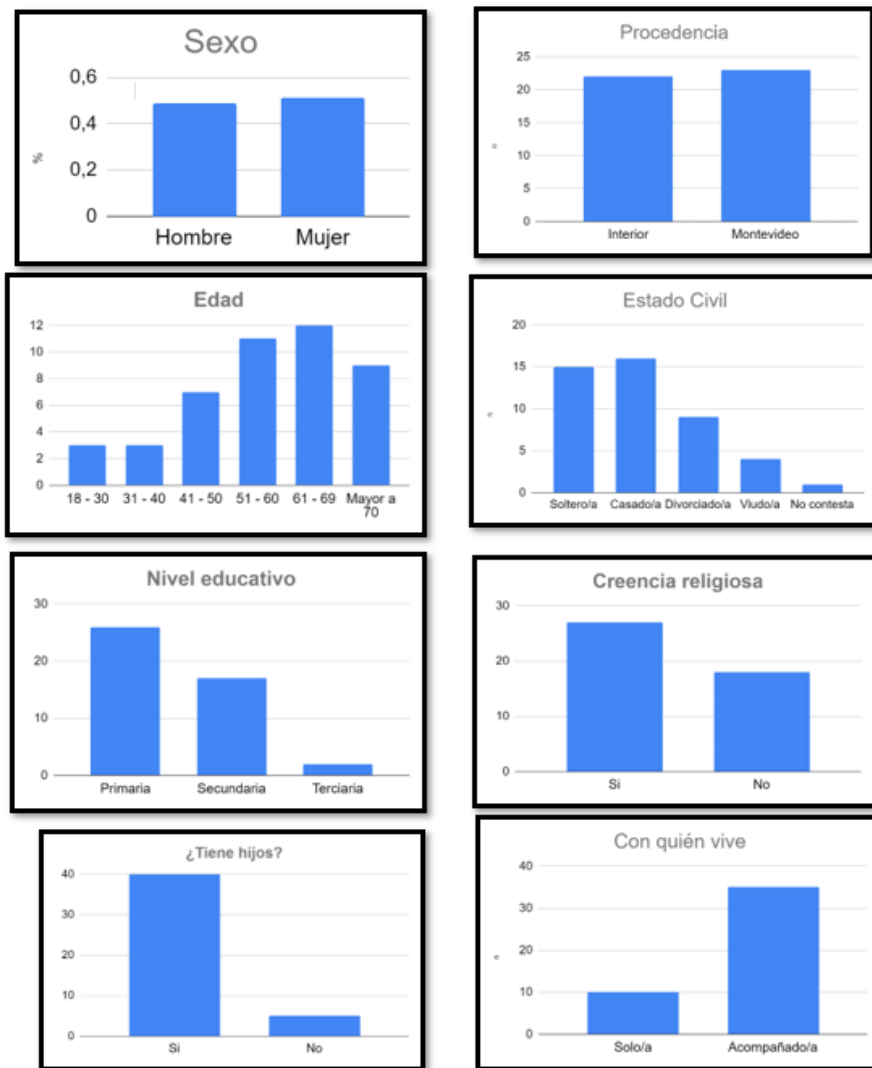


Figura 1. Datos sociodemográficos

Variables	Categorías	Frecuencia	FR
Sexo	Masculino	22	0,49
	Femenino	23	0,51
Edad	18-30	3	0,07
	31-40	3	0,07
	41-50	7	0,15
	51-60	11	0,24
	61-69	12	0,27

	>70	9	0,2
Procedencia	Montevideo	23	0,51
	Interior	22	0,49
Estado Civil	Casado/Unión libre	17	0,38
	Soltero	16	0,35
	Separado/Divorciado	8	0,18
	Viudo	4	0,09
Nivel educativo	Primaria	27	0,6
	Secundaria	16	0,35
	Terciaria	2	0,04
Con quién vive	Solo/a	10	0,22
	Con familia	34	0,75
	Con desconocido	1	0,02
Sitio del primario	Mama	10	0,22
	Pulmón	9	0,2
	Digestivo	5	0,11
	Otorrinolaringológico	5	0,11
	Otros	16	0,35
Metástasis óseas	SI	15	0,33
	NO	30	0,67
Hijos	SI	40	0,89
	NO	5	0,11
Creencias religiosas	SI	27	0,6
	NO	18	0,4

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

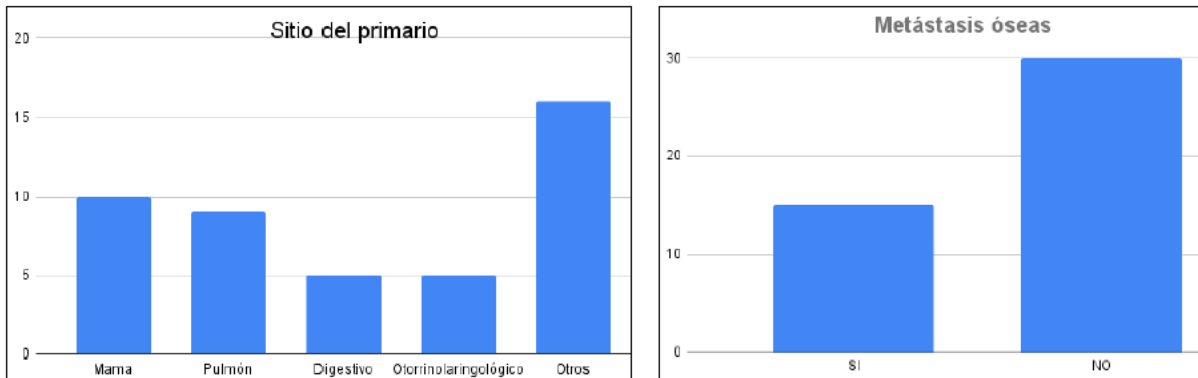


Figura 2 - Sitio del primario y metástasis óseas

El 22% presentaba como sitio primario la mama, el 20% pulmón, 11% digestivo, 11% otorrinolaringológico y el resto en otras ubicaciones. Un 33% de los pacientes presentaban metástasis óseas (figura 2).

Al momento de la encuesta la mayoría de los pacientes no presentó dolor (57.8%), no estaba cansado físicamente (68.9%) y no tenía falta de aire (95.6%). El 40% tenía dolor y 1 persona no contestó. 13 personas presentaron astenia (28.9%) y solo 1 falta de aire. (figura 3).

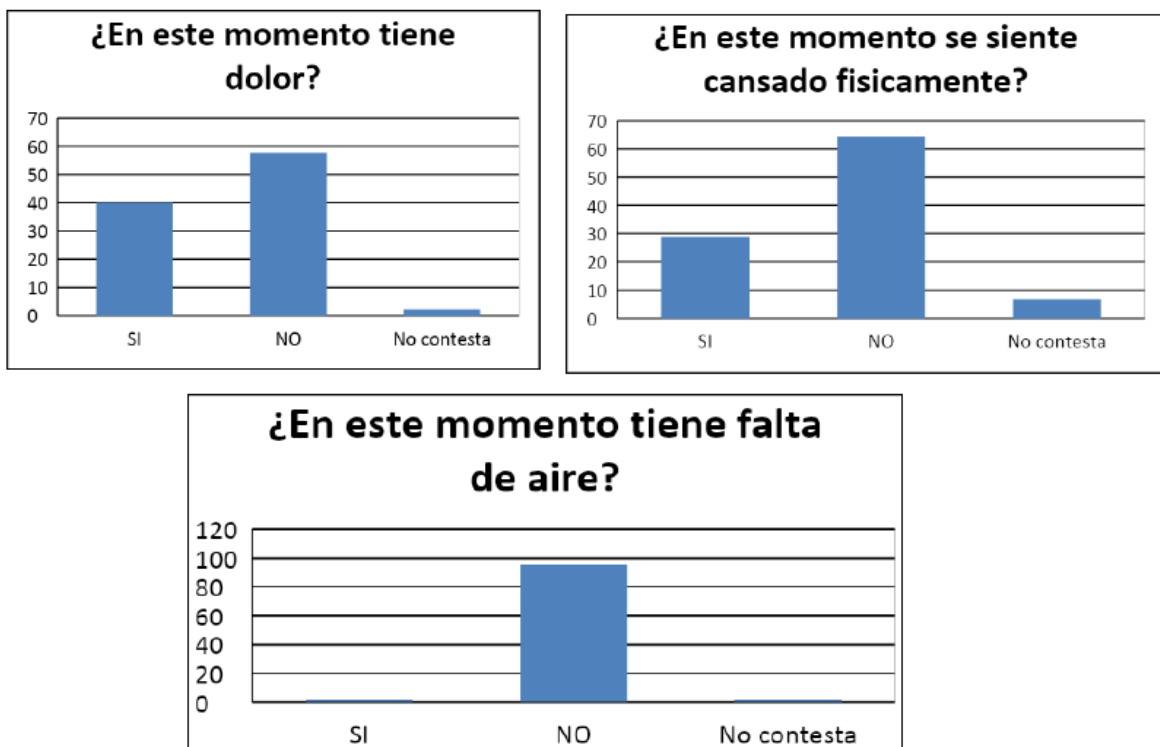


Figura 3 - Estado del paciente durante la encuesta

La mayoría de los pacientes (64.4%) refirió que la pandemia causada por el virus SARS-COV 2 no produjo retrasos en el proceso diagnóstico y terapéutico de su enfermedad.

La totalidad de los encuestados mencionó su conformidad con la atención brindada por el Servicio de Oncología y los horarios dispuestos por el Hospital de Clínicas (figura 4).

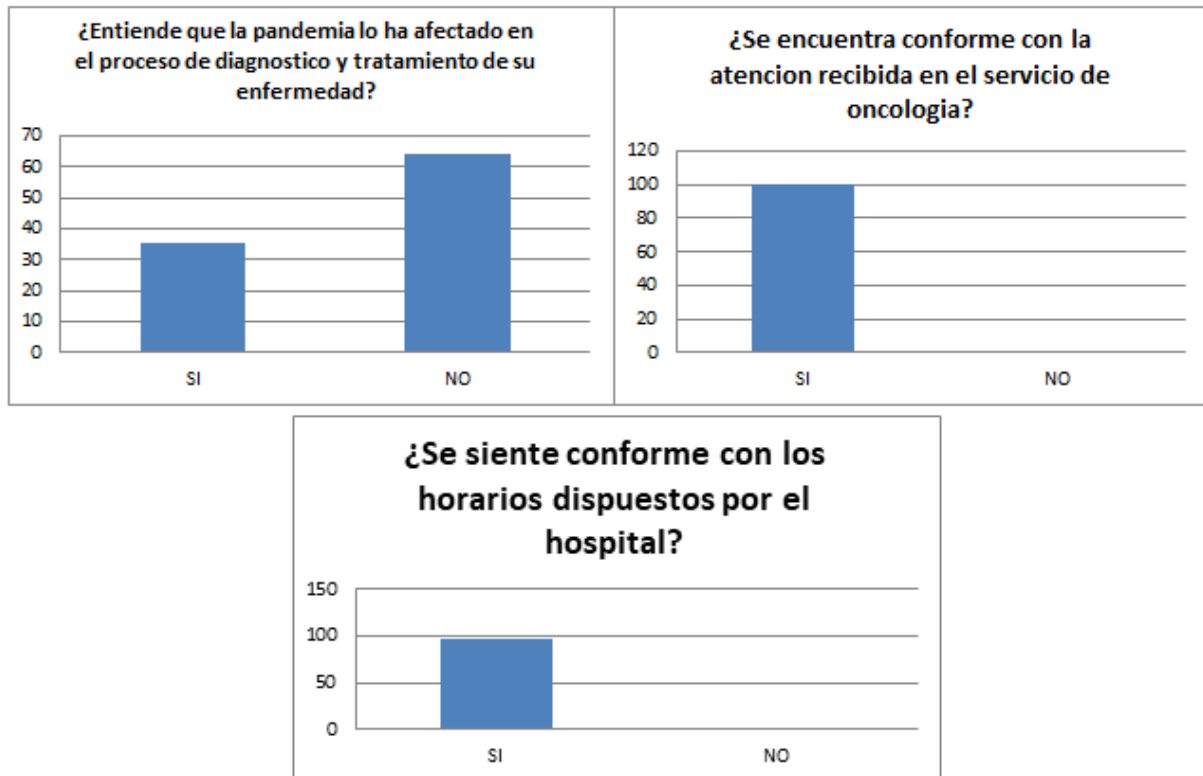


Figura 4 - Calidad asistencial

	Ítems	Rango	Media	Desvío estándar
HHI	10	10 - 40	34.6	5.33
FACT-G Total	27	0 - 108	51.4	10.19
FACT-G Físico	7	0 - 28	8.4	5.51
FACT-G Familiar	7	0 - 28	17.27	6.57
FACT-G Emocional	6	0 - 24	8.69	4.77
FACT-G Personal	7	0 - 28	17.0	5.82

Tabla 2 - Scores del Fact-G y HHI. Abreviaturas: Herth Hope Index, HHI. Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-G.

HHI y FACT-G

El índice de Herth mostró un puntaje alto presentando una media de 34,6 (DE 5.33).

La media del FACT-G total fue de 51.4 (DE 10.19). El componente Físico del FACT-G promedió 8.4 (DE 5.51). La media del componente familiar fue de 17.27 (DE 6.57). El componente Emocional arrojó un bajo resultado con media de 8.69 (DE 4.77). Por último, el componente personal promedió 17.0 (DE 5.82) (Tabla 2).

Se comprobó la correlación entre HHI y FACT-G total obteniendo un coeficiente de Pearson estadísticamente significativo ($p=0.041$) de igual manera para el FACT-G familiar ($p=0.013$) y FACT-G personal ($p=0.049$). (Tabla 3).

FACT-G Total		HHI
	r	0.237
	p	0.041
FACT-G Físico		
	r	-0.180
	p	0.237
FACT-G Familiar		
	r	0.366
	p	0.013
FACT-G Emocional		
	r	-0.101
	p	0.510
FACT-G Personal		
	r	0.255
	p	0.049

Tabla 3. Correlación entre HHI y FACT-G.

Los puntajes de los índices fueron divididos en rangos en función de los resultados obtenidos. Se observa en la tabla (Anexo 5) la relación cualitativa entre el FACT-G y los niveles de esperanza según índice de Herth.

Dado que la mayoría de los pacientes presentaron puntuaciones altas, dividimos el índice en tres grupos. Los pacientes que tuvieron un FACT-G físico general de salud menor o igual a 10 presentaron un puntaje HHI mayor, por lo tanto, más esperanza. En caso de los 14 pacientes que tuvieron un FACT-G ambiente familiar y social mayor a 20 (podemos agregar los de mayor a 10 también), mostraron más puntaje en HHI por lo tanto más esperanza, pero si tomamos en cuenta los pacientes que tuvieron un FACT-G familiar menor a 10, el puntaje HHI en la mayoría era alto, por lo que el ambiente familiar no repercutiría en la esperanza.

Si analizamos el FACT-G emocional 19 de los 29 pacientes tenían un puntaje menor a 10, siendo esto importante ya que a menor puntaje mejor estado emocional, por lo tanto, a mejor estado emocional más esperanza en la mayoría de los pacientes.

En el caso del FACT-G capacidad de funcionamiento personal 11 pacientes de los 29 presentaron un valor mayor a 20 siendo esto mejor para su esperanza.

El análisis univariado identificó dos variables estadísticamente significativas en relación al HHI, siendo las mismas “¿se siente conforme con la atención recibida en el Servicio de Oncología Clínica?” (p=0.044) y “¿se siente apoyado/contenido por su familia/amigos/círculo cercano?” (p=0.009); respecto al FACT-G total las variables significativas fueron “presencia de metástasis óseas” (p= 0.031) y “¿cuenta con algún familiar o amigo que lo acompañe a la consulta?” (p= 0.025).

En relación a los demás datos sociodemográficos adquiridos de los participantes del estudio, no se vio en general una relación estadísticamente significativa (Tabla 4).

	HHI				FACT-G			
	Media	Desvío	N	p	Media	Desvío	N	p
Sexo								
Femenino	34,17	6,548	23		54,04	6,161	23	
Masculino	35,05	3,773	22		48,64	12,734	22	
Total	34,6	5,332	45	0,589	51,4	10,19	45	0,075
Procedencia								
Montevideo	34,50	4,867	22		54,05	9,499	22	
Interior	34,7	5,85	23		48,87	10,385	23	
Total	34,6	5,332	45	0,904	51,4	10,19	45	0,089
Estado civil								
Casado/unión libre	35,35	5,905	17		54,76	8,757	17	
Soltero	34,56	4,676	16		47,94	13,329	16	
Separado/divorciado	32,5	6,302	8		52,13	6,221	8	
Viudo	35,75	3,5	4		49,5	1	4	
Total	34,6	5,332	45	0,637	51,4	10,19	45	0,28
Nivel educativo								
Primaria	34,74	5,245	27		49,48	10,678	27	
Secundaria	33,81	5,683	16		53,13	8,808	16	
Terciaria	39	1,414	2		63,5	0,707	2	
Total	34,6	5,332	45	0,431	51,4	10,19	45	0,119
Metástasis óseas								
SI	34,67	6,411	15		56	8,452	15	
NO	34,57	4,826	30		49,1	10,327	30	
Total	34,6	5,332	45	0,954	51,4	10,19	45	0,031
¿Tiene hijos?								
SI	34,75	5,527	40		51,68	10,391	40	
NO	33,4	3,578	5		49,2	9,094	5	
Total	34,6	5,332	45	0,44	51,4	10,19	45	0,58
Creencias religiosas								
Si	35,59	4,87	27		52,07	8,94	27	
NO	33,11	5,779	18		50,39	12,03	18	
Total	34,6	5,332	45	0,128	51,4	10,19	45	0,593

¿Considera que el abordaje clínico ha retrasado su diagnóstico?								
SI	34,17	3,04	12		55,83	11,869	12	
NO	34,66	6,051	32		49,34	8,961	32	
Total	34,52	5,368	44	0,791	51,11	10,123	44	0,057
¿Considera que la pandemia afectó su atención?								
SI	35,44	4,412	16		50,25	8,307	16	
NO	34,14	5,799	29		52,03	11,182	29	
Total	34,6	5,332	45	0,44	51,4	10,19	45	0,58
¿Se siente conforme con la atención antes de llegar al servicio de oncología?								
SI	34,62	5,513	42		50,93	9,457	42	
NO	29,33	1,528	3		58	19,519	3	
Total	34,6	5,332	45	0,093	51,4	10,19	45	0,25
¿Se siente conforme con los horarios dispuestos por el hospital para la atención?								
SI	34,57	5,389	44		51,27	10,272	44	
NO	36		1		57		1	
Total	34,6	5,332	45	0,794	51,4	10,19	45	0,584
¿Se encuentra conforme con la atención recibida en el servicio de oncología?								
SI	34,7	5,347	44		51,41	10,308	44	
NO	26		1		51		1	
Total	34,6	5,332	45	0,044	51,4	10,19	45	0,969
¿Cuenta con algún familiar o amigo que lo acompañe a las consultas?								
SI	35,16	5,054	39		52,84	10,09	38	
NO	31,57	6,188	7		43,57	6,997	7	
Total	34,6	5,332	45	0,103	51,4	10,19	45	0,025
¿Se siente contenido/apoyado por su familia/amigos/círculo cercano?								
SI	35,14	4,704	42		51,86	10,28	42	
NO	27	8,888	3		45	7,211	3	
Total	34,6	5,332	45	0,009	51,4	10,19	45	0,265
¿Le preocupa la situación económica de su hogar?								
SI	34,49	5,066	35		51,97	11,047	35	
NO	35	6,464	10		49,4	6,398	10	
Total	34,6	5,332	45	0,791	51,4	10,19	45	0,488
¿En su vida diaria tiene/tenía alguna actividad recreativa?								
SI	34,82	4,769	28		52,39	8,526	28	
NO	33,73	6,508	15		49,93	10,408	15	
Total	34,44	5,387	43	0,534	51,53	10,395	43	0,466
¿En este momento tiene dolor?								
SI	33,39	5,648	18		52,67	12,598	18	
NO	35,23	5,07	26		50,54	8,538	26	
Total	34,48	5,329	44	0,464	51,41	10,308	44	0,507
Astenia								
SI	35,15	4,375	13		51,69	14,074	13	
NO	34,19	5,724	31		51,29	8,545	31	
Total	34,48	5,329	44	0,591	51,41	10,308	44	0,908

Tabla 4- Análisis estadístico de los datos. Abreviaturas: Herth Hope Index, HHI. Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-G.

Discusión

Es importante resaltar que se trata del primer trabajo en nuestro país y en la región que busca encontrar una relación entre esperanza y calidad de vida.

El n obtenido fue de 45 pacientes, el cual, a pesar de ser una muestra pequeña, resultó representativa de la población uruguaya en numerosas variables como ser la distribución por sexo (51% femenino, 49% masculino), procedencia (51.1% Montevideo, 48.9% interior), e incidencia del sitio primario (en orden de frecuencia mama, pulmón y aparato digestivo).

El objetivo primario de este estudio fue determinar la relación entre esperanza, mediante el HHI, y calidad de vida, aplicando el FACT-G con test de correlación de Pearson, en pacientes con enfermedad

oncológica avanzada del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre Julio-Setiembre 2021. Encontramos una correlación estadísticamente significativa, y positiva, por lo que podríamos interpretar que, a mayor esperanza, mayor calidad de vida. Esto pudimos verlo además en el análisis cualitativo realizado (tabla anexos). La esperanza es un recurso importante para el paciente oncológico en tratamiento paliativo, el cual podría afectar como el paciente se ve a sí mismo, como ve sus posibilidades a futuro y su estado de salud actual. Por ejemplo, podemos decir que aquellos con mayores niveles de esperanza tendrían mayores expectativas respecto a posibilidades en el futuro (aunque el pronóstico sea pobre, como en esta muestra), y esto podría reducir el estrés psicológico que sabemos que incluso puede modificar el umbral del dolor (36).

Se ha visto en varios estudios que los enfermos fuera de sanción curativa, con enfermedades crónicas se adaptan a la disminución de su salud con el tiempo y continúan reportando niveles relativamente altos de calidad de vida, y mantienen incluso niveles elevados de esperanza, que fue lo que vimos en nuestro estudio. Esto además podría estar influido porque también vimos niveles elevados de esperanza, y de apoyo y contención familiar, factores que ya en la literatura habían mostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes enfermos en tratamiento paliativo (25,37) .

Los datos sociodemográficos no presentaron un impacto estadísticamente significativo en la esperanza y la calidad de vida, por lo que podríamos decir que no se relacionan, al menos en los resultados obtenidos. Es importante destacar de todas maneras, que la evidencia previa respecto al impacto de estos factores en la esperanza es controvertida, y hay múltiples factores que podrían influir en esto (el tipo de tumor mayoritario, la edad de los pacientes, la heterogeneidad de la muestra y el bajo n).

El estudio llamado *“The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients”* (33), realizado en una muestra de pacientes del hospital Universitario de Oslo, Noruega, planteó como hipótesis que los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes, tendrían un impacto en el estado de salud, la esperanza y la angustia psicológica, y que estos afectan la calidad de vida de la persona. Tampoco en este estudio se vieron diferencias estadísticamente significativas en los factores sociodemográficos, y lo atribuyen a que quizá se trataba de una población muy contenida, con la mayoría de las pacientes con cáncer de mama, y participantes de un sistema de navegación que las acercaba al sistema sanitario para resolver problemas socio económicos y psicológicos.

Los resultados de nuestro estudio mostraron que ninguna de las variables sociodemográficas se relaciona significativamente con la esperanza, ni con la calidad de vida. Esto puede ser debido al bajo número de la muestra, y la población estudiada, por lo que realizar un estudio multicéntrico y con un tamaño muestral mayor sería interesante para comparar estas variables y sacar conclusiones con mayor potencia. Adicionalmente, también la contención en nuestro servicio respecto a la integración con la unidad de cuidados paliativos con quienes trabajamos en conjunto, el apoyo psicológico constante, y la

ayuda a aquellos más vulnerables ofreciendo transporte para quienes no cuentan con los medios, transporte en ambulancia, y ayuda con prestaciones sociales, en cierta medida estaría contribuyendo a equiparar dichas desigualdades, y lograr que no impacten en la esperanza ni en la calidad de vida.

En el estudio *“Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study”* (38), realizado en el Departamento de Estomatología del hospital Shengjing de la Universidad Médica de China y el hospital de Estomatología de la Universidad Médica de China de Liaoning en el periodo comprendido entre mayo de 2016 y octubre de 2017, se estudiaron las variables estado civil, nivel educativo y la residencia de estos pacientes portadores de tumores otorrinolaringológicos con enfermedad avanzada, las cuales mostraron una relación estadísticamente significativa con la esperanza y calidad de vida. La calidad de vida se correlacionó positiva y significativamente con la esperanza ($r = 0,415, p < 0,01$) al igual que en nuestro trabajo, y con el apoyo social percibido ($r = 0,526, p < 0,01$) (38). Comparando nuestro estudio, en el cual el soporte familiar contribuyó significativamente al nivel de esperanza de los pacientes ($p = 0,009$), coincide con los hallazgos realizados por Zhang et al. (2020). La ausencia de apoyo social durante el tratamiento se asoció con el desarrollo de depresión y ansiedad y eventualmente afectó los resultados oncológicos en algunos estudios, y se relaciona positivamente con la calidad de vida de los pacientes, promoviendo el bienestar. Por lo que consideramos importante destacar el soporte familiar en estos casos, no solo para mejorar la calidad de vida, sino que además hasta podría tener un impacto en los tratamientos.

Rustøen et al (2010) determinó que los pacientes que presentaron niveles más altos de síntomas como dolor, tenían un nivel de esperanza más bajo, demostrando una correlación negativa entre el dolor y la esperanza. Por el contrario, en nuestro estudio, dicha relación no fue estadísticamente significativa ($p = 0,464$), al igual que el dolor y la calidad de vida ($p = 0,507$), lo cual puede estar vinculado al tamaño muestral, como ya mencionamos, dado que los niveles de esperanza fueron más elevados en aquellos sin dolor. Quizás al continuar este estudio y tener un mayor n podríamos ampliar esta diferencia.

El estudio *“Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer-role of hope, self-efficacy and social support”* realizado en la Tianjin - China en el periodo comprendido entre marzo y junio de 2019 (34), se planteó como objetivo investigar el estatus de calidad de vida y su influencia en los pacientes con cáncer de mama triple negativo, especialmente el rol de la esperanza, la autoeficacia y el soporte social. Estos resultados corroboraron la relación entre la esperanza y el apoyo social con la calidad de vida, los cuales son comparables con nuestro estudio.

Con respecto a los factores que impactan en la esperanza medida por el HHI, es importante destacar que la conformidad con la calidad de atención en el servicio de oncología y la presencia de contención familiar fueron los únicos aspectos que presentaron una diferencia estadísticamente significativa, teniendo aquellos pacientes que estaban conformes y contaban con apoyo mayores niveles de esperanza,

y también mayores de calidad de vida. Adicionalmente, si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa, aquellos que se sentían conformes con la atención previo a la llegada al servicio también presentaron niveles mayores. Esto como mencionamos está de acuerdo con la literatura previa (2,17,31). Además está ampliamente probado por varios trabajos, que la calidad de asistencia mejora el control sintomático, la satisfacción de los pacientes, y por ende los niveles de esperanza (que sabemos estarían relacionados con dichos aspectos) (39).

Conclusiones generales y perspectivas

Como se mencionó previamente si bien se considera que la temática abordada es de gran interés en el ámbito clínico, el presente estudio es el primero en realizarse tanto en Latinoamérica como en Uruguay. En base a los hallazgos se puede concluir que la esperanza y la calidad de vida se correlacionan de forma positiva ($p=0.041$), lo cual demuestra la importancia de tener en cuenta la totalidad de los elementos que conforman el FACT-G, es decir, las variables físicas, familiares, emocionales y personales, al momento de evaluar la esperanza en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Se encontró evidencia de que la calidad asistencial del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas contribuye significativamente en el nivel de esperanza de los pacientes, al igual que la contención familiar o de su círculo cercano.

Además, los hallazgos identificaron que las variables presencia de metástasis óseas y el asistir acompañado a la consulta repercuten en la calidad de vida.

No fue posible determinar una relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas, el control sintomático de la enfermedad al momento de la consulta con la esperanza y la calidad de vida, creemos que esto puede ser debido a las características de nuestra muestra (principalmente el tamaño).

Consideramos pertinente destacar la importancia de la calidad asistencial del servicio de oncología para este grupo de pacientes, dado que la misma fue un factor determinante de la esperanza y es la única variable dependiente del equipo de salud que mostró un impacto estadísticamente significativo.

En cuanto a la continuidad del estudio, este continuará reclutando pacientes, por lo que esto es un análisis primario de los resultados.

Limitaciones:

El estudio presenta limitaciones, como ser el tamaño de la muestra (n de 45) dado que no permite extrapolar los resultados a la población total de la que fue extraída, así como la representatividad de la misma, ya que al no ser un estudio multicéntrico, las encuestas fueron realizadas exclusivamente a pacientes del Hospital de Clínicas, por ende, no es posible inferir el resultado en otras poblaciones con

distintas características.

El tiempo disponible para la realización de encuestas fue reducido, período Julio-Septiembre, lo cual influye en forma directa con el n obtenido.

Otras limitaciones que se presentaron al momento de realizar las encuestas fueron, pacientes que al momento tenían dolor, estaban cansados, o tristes, lo cual interfería a la hora de leer y entender en qué consistía el estudio y la encuesta a la que iban a ser incluidos. También algunos presentaron condiciones físicas que generaban problemas al leer, escuchar o entender la encuesta, como por ejemplo hipoacusia o agnosia visual. Por lo antedicho muchas veces eran los miembros del equipo de trabajo los que tenían que leerles y/o explicarles las encuestas y marcar por ellos.

También hubo pacientes que no completaron parte de las encuestas, pudiendo verse afectados los resultados finales del estudio.

Bibliografía

1. Barrios E, Garau M. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *An Fac Med.* 10 de junio de 2017;4(1):04-66.
2. Kylmä J, Duggleby W, Cooper D, Molander G. Hope in palliative care: An integrative review. *Palliat Support Care.* septiembre de 2009;7(3):365-77.
3. Jakobsson A, Segesten K, Nordholm L, Öresland S. Establishing a Swedish Instrument Measuring Hope. *Scand J Caring Sci.* 1993;7(3):135-9.
4. J F Miller, M. J. P. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res . Nurse Research.* 1988;37(1):6-10.
5. Herth K. Hope in Older Adults in Community and Institutional Settings. *Issues Ment Health Nurs.* enero de 1993;14(2):139-56.
6. Uribe PM, Bardales MC. Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español. 2012;1:21.
7. La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación | Llantá Abreu | Psicología y Salud [Internet]. [citado 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/803/1455>
8. D'Acquisto F. Affective immunology: where emotions and the immune response converge. *Dialogues Clin Neurosci.* marzo de 2017;19(1):9-19.
9. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs.* octubre de 1992;17(10):1251-9.
10. Benzein E, Berg A. The Swedish version of Herth Hope Index - an instrument for palliative care. *Scand J Caring Sci.* diciembre de 2003;17(4):409-15.
11. Castilla Cabello H, Urrutia Félix CM, Shimabukuro Tello M, Caycho Rodríguez T. Análisis psicométrico del índice de esperanza de herth en una muestra no clínica peruana. *Psicol Desde El Caribe.* 1 de mayo de 2014;31(2):187-206.
12. Nayeri ND, Goudarzian AH, Herth K, Naghavi N, Nia HS, Yaghoobzadeh A, et al. Construct validity of the Herth Hope Index: A systematic review. *Int J Health Sci.* 2020;14(5):8.
13. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *J Adv Nurs.* 1990;15(11):1250-9.
14. Ping Li, Yu-Jie Guo, Qing Tang, Lei Yang. Eficacia de la intervención de enfermería para aumentar la esperanza en pacientes con cáncer: un meta análisis. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e2937.
15. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the Context of Lung Cancer: Relationships of Hope to Symptoms and Psychological Distress. *J Pain Symptom Manage.* agosto de 2010;40(2):174-82.
16. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* abril de 2002;29(3):561-8.
17. Rustøen T, Lerdal A, Gay C, Kottorp A. Rasch analysis of the Herth Hope Index in cancer patients. *Health Qual Life Outcomes.* diciembre de 2018;16(1):196.
18. Kernohan WG, Waldron M, McAfee C, Cochrane B, Hasson F. An evidence base for a palliative care chaplaincy service in Northern Ireland. *Palliat Med.* 1 de septiembre de 2007;21(6):519-25.
19. Bove, R. The lived experience of hope in the terminally ill cancer patients receiving hospice services. [Unpublished master's thesis]. University of Texas-Houston Health Sciences Center.; 1996.
20. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients. *J Pain Symptom Manage.* marzo de 2007;33(3):247-57.
21. Johansen S, Hølen JChr, Kaasa S, Kaasa S, Loge JH, Materstvedt LJ. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliat Med.* 1 de septiembre de 2005;19(6):454-60.
22. OPS. Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico, 2003 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en:

- <https://www.paho.org/es/documentos/ops-cuidados-paliativos-guias-para-manejo-clinico-2003>
23. Red de Cuidados Paliativos. ¿Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. Red de Cuidados Paliativos. [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redpal.es/que-son-los-cuidados-paliativos-definiendo/>
 24. Fascioli A. Los cuidados paliativos al fin de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enferm Cuid Humaniz*. diciembre de 2016;5(2):46-53.
 25. Brown C, Brown C, Professor M, Mcmillan SC, Gonzalez L, Overcash J. Hope and Quality of Life in Hospice Patients with Cancer. 2005.
 26. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. noviembre de 1995;41(10):1403-9.
 27. Roila F, Cortesi E. Quality of life as a primary end point in oncology. *Ann Oncol*. 1 de enero de 2001;12:S3-6.
 28. Dapuerto J j., Francolino C, Gotta I, Levin R, Alonso I, Barrios E, et al. Evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy–General Questionnaire (FACT–G) in a South American Spanish speaking population. *Psychooncology*. 2001;10(1):88-92.
 29. Dapuerto JJ, Francolino C, Servente L, Chang C-H, Gotta I, Levin R, et al. Evaluation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Spanish Version 4 in South America: Classic Psychometric and Item Response Theory Analyses. *Health Qual Life Outcomes*. 20 de agosto de 2003;1:32.
 30. Alfonso A, Camaño M, Camejo N, Espalter C, Schivone A, Díaz M., Camblor M, Acuña S, Castillo C, Dapuerto J. Impacto de la medición de la calidad de vida en la práctica clínica oncológica [Internet]. 14vo Congreso SOMPU 2016. 2016 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: http://atenea.com.uy/uploads/programas/09-2018/1537892439_wmXVnw9Q.pdf
 31. Schofield PE, Stockler MR, Zannino D, Tebbutt NC, Price TJ, Simes RJ, Wong N, Pavlakis N, Ransom D, Moylan E, Underhill C, Wyld D, Burns I, Ward R, Wilcken N, Jefford M. Hope, optimism and survival in a randomized trial of chemotherapy for metastatic colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(1):401-8.
 32. Bando T, Onishi C, Imai Y. Treatment-associated symptoms and coping of postoperative patients with lung cancer in Japan: Development of a model of factors influencing hope: Developing a model influencing hope. *Jpn J Nurs Sci*. julio de 2018;15(3):237-48.
 33. Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C. The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients. *Cancer Nurs*. agosto de 2010;33(4):258-67.
 34. Shen A, Qiang W, Wang Y, Chen Y. Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer--role of hope, self-efficacy and social support. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 20 de noviembre de 2021];46. Disponible en: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(20\)30051-X/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(20)30051-X/fulltext)
 35. Brown N. Metrics of hope: Disciplining affect in oncology. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med*. marzo de 2015;19(2):119-36.
 36. Li X-M, Xiao W-H, Yang P, Zhao H-X. Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. *Sci Rep*. 11 de enero de 2017;7(1):39397.
 37. Tang W-R, Aaronson LS, Forbes SA. Quality of Life in Hospice Patients with Terminal Illness. *West J Nurs Res*. 1 de febrero de 2004;26(1):113-28.
 38. Zhang Y, Cui C, Wang Y, Wang L. Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18.
 39. Camgöz-Akdağ H, Zineldin M. Quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at Turkey. Sinha M, editor. *Clin Gov Int J*. 1 de enero de 2010;15(2):92-101.

Agradecimientos

Merecen un gran agradecimiento los pacientes y sus familias/acompañantes por la disposición para participar en el estudio. Por otra parte, queremos agradecer al personal del Hospital de Clínicas en especial al Servicio de Oncología. También a las Residentes de Oncología Thays Costa y Florencia Nantes por la colaboración y que van a continuar con el estudio. Agradecer además al departamento de Métodos Cuantitativos de Facultad de Medicina UdelaR.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado. Versión 1.2

Título del estudio: Esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, Hospital de Clínicas, Julio-Septiembre-2021.

Responsables: Lic. Ana García, Dra. Dahiana Amarillo, Dra. Florencia Nantes, Dra. Thays Costa, Br Agustina Acosta, Facundo González, Stephanie Gorriaran, Eduardo Jover, Camila Pérez.

Usted recibirá un original completo de este Formulario.

¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?

Usted ha sido invitado a participar en el presente estudio dado su reciente diagnóstico de enfermedad oncológica avanzada.

El propósito del estudio consiste en conocer la relación entre esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

¿Quiénes podrán participar del estudio?

Participará todo aquel paciente que presente diagnóstico reciente de cáncer, cualquiera sea la presentación de su enfermedad, mayores de 18 años, comprendidos en el periodo Julio-Septiembre de 2021 y que previamente hayan leído, consentido y firmado el consentimiento informado.

¿Es obligatorio participar en el estudio? ¿Puedo abandonar la investigación?

La participación en el estudio no es obligatoria, usted no recibirá dinero por la participación, los investigadores tampoco.

Si decide no participar, o decide abandonar el estudio, no afectarán su atención médica.

¿Qué debo hacer?

Si usted decide participar del estudio se le solicitará que previamente haya leído con detenimiento y firmado el presente documento.

Posterior a ello se le otorgará un cuestionario con preguntas a las cuales deberá responder según como mejor se adecuen a su situación en las últimas dos semanas.

Recuerde que podrá retirarse del estudio cuando lo considere pertinente sin expresar las razones de su decisión, y esto no afectará la calidad de sus cuidados.

¿Cuáles son los posibles efectos adversos o riesgos de participar?

Su participación en este estudio no presenta ningún riesgo ni causará molestias, más que las generadas por el llenado del presente formulario.

¿Cómo será utilizada mi información personal?

Los datos obtenidos sobre usted mientras participe en este estudio, así como los documentos relacionados, se mantendrán en la más estricta confidencialidad en todo momento.

Al firmar este consentimiento y llenar el formulario, usted autoriza la recolección de dichos datos para la realización del estudio.

No se incluirá su nombre en informes ni publicaciones, ni se divulgará en el futuro. Si se retira del estudio se procederá a eliminar la información de la base de datos.

Los datos serán procesados únicamente con fines de investigación.

¿Implica algún costo participar del estudio?

Usted no deberá abonar ningún monto por participar del estudio, el mismo es totalmente gratuito.

¿Con quién debo contactarme en caso de solicitar información o requerir ayuda?

De presentar dudas al respecto del estudio contáctese con el Servicio de Oncología Médica del Hospital de Clínicas (Equipo Esperanza) al teléfono: 24872075 o acercarse a secretaria de oncología (dentro del servicio, final del corredor a mano derecha) y dejar sus datos personales (nombre y teléfono) y un miembro del equipo se contactará con usted.

Todos los estudios de investigación son previamente revisados y autorizados por un grupo de personas independiente, denominado Comité de Ética en Investigación, con la finalidad de proteger su seguridad, derechos, bienestar, así como su dignidad.

Si usted presenta preguntas acerca de sus derechos como paciente, puede comunicarse al siguiente número:

Comité de Ética de la Facultad de Medicina.

Dirección: Av. Gral Flores 2125 CP 11800, Montevideo, Uruguay.

Número de teléfono: 2924 3414 int 3410

Con la firma de este consentimiento informado, usted no renuncia a los derechos que le corresponden de acuerdo a la Normativa Nacional en materia de responsabilidad civil. El Comité de Ética de la Facultad de Medicina ha revisado y aprobado este estudio para asegurarse que la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos que participen en el mismo se encuentren protegidos.

Nombre Completo

Firma

Fecha

Firma del Investigador que obtiene el consentimiento

Anexo 2: Escala de esperanza de Herth (HHI)

ÍNDICE DE ESPERANZA DE HERTH

A continuación, se enumeran varias declaraciones sobre la esperanza. Lea cada declaración y decida si se aplica a usted personalmente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Coloque una marca de verificación [X] en el cuadro correspondiente que indica con qué frecuencia la declaración se ha aplicado a usted en las últimas dos semanas.

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Tengo una actitud positiva hacia la vida.				
2. Tengo objetivos a corto y/o largo plazo.				
3. Puedo ver posibilidades en medio de las dificultades.				
4. Tengo una fe que me da consuelo.				
5. Puedo recordar tiempos felices/alegres.				
6. Tengo una profunda fuerza interior.				
7. Soy capaz de dar y recibir cariño/amor.				
8. Tengo sentido de la dirección.				
9. Creo que cada día tiene potencial.				
10. Siento que mi vida tiene valor.				

La puntuación consiste en sumar los puntos para la subescala y para la escala total.

El total de puntos posibles en la escala total es de 48 puntos.

Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el nivel de esperanza.

Tenga en cuenta que los siguientes elementos deben revertirse: 3, 6. Califique los elementos de la siguiente manera:

Totalmente en desacuerdo = 1

En desacuerdo = 2

De acuerdo = 3

Muy de acuerdo = 4

Anexo 3: Cuestionario FACT-G para evaluar calidad de vida

FACT-G (4ª Versión)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. **Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, por favor, sólo marque uno de los números que aparecen en cada línea.**

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
GP7	Necesito estar acostado(a).....	0	1	2	3	4
<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Me siento satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que me da apoyo)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, por favor, conteste a la siguiente pregunta. Si usted prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-G (4ª Versión)

Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, por favor, sólo marque uno de los números que aparecen en cada línea.

<u>ESTADO EMOCIONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo estoy enfrentando mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi vida (calidad de vida) actual	0	1	2	3	4

Anexo 4: Encuesta de datos epidemiológicos/demográficos, situación de enfermedad del paciente y aspectos de calidad de asistencia.

Nombre:	
Edad:	
Procedencia:	
Estado Civil:	
Nivel educativo	
Vive con:	

En las siguientes preguntas, marque con un círculo la opción que corresponda:

1- ¿Tiene hijos?

SI	NO
----	----

1.1- ¿Cuántos?

1	2	3 o más
---	---	---------

1.2- ¿Qué edades tienen?

0 a 10	10 a 20	20 a 30	30 a 40	Más de 40
--------	---------	---------	---------	-----------

2- ¿Presenta alguna creencia religiosa o espiritual?

SI	NO
----	----

2.1- Especifique su creencia religiosa:

Evangélico	Católico	Mormón	Testigo de Jehová	Judío	Islámico	Umbandista	Otro:
------------	----------	--------	-------------------	-------	----------	------------	-------

3- ¿Considera que el abordaje clínico ha retrasado el proceso de diagnóstico de su enfermedad?

SI	NO
----	----

4- ¿Entiende que la pandemia lo ha afectado en el proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?

SI	NO
----	----

5- ¿Se siente conforme con la atención médica que ha recibido hasta el momento, previo a su ingreso a Oncología?

SI	NO
----	----

6- ¿Se siente conforme con los horarios dispuestos por el hospital para la atención?

SI	NO
----	----

7- ¿Se encuentra conforme con la atención recibida en el servicio de oncología?

SI	NO
----	----

8- ¿Cuenta con algún familiar o amigo que lo pueda acompañar a las consultas?

SI	NO
----	----

9- ¿Se siente contenido/apoyado por su familia/amigos/círculo cercano?

SI	NO
----	----

10- ¿Le preocupa la situación económica de su hogar?

SI	NO
----	----

11- Indique el motivo por el cual le resulta difícil la concurrencia al hospital:

Distancia	Tiempo	Transporte	Dinero	Otros:
-----------	--------	------------	--------	--------

12- ¿En su vida diaria, tiene/tenía alguna actividad recreativa?

SI	NO
----	----

12.1- En caso de realizar actualmente alguna actividad recreativa, indique la categoría a la que se ajuste más:

Deporte	Arte	Clubes sociales	Actividades religiosas	Otra:
---------	------	-----------------	------------------------	-------

13- ¿En este momento tiene dolor?

SI	NO
----	----

13.1- En caso de presentar dolor en este momento, indique por favor a qué categoría se ajusta más, considerando una escala del 0 al 10 donde 0 significa ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que ha experimentado ¿cómo calificaría ese dolor?

Leve de 0 a 3	Moderado de 4 a 6	Intenso de 7 a 10
---------------	-------------------	-------------------

14- ¿En este momento tiene falta de aire?

SI	NO
----	----

15- ¿En este momento se siente cansado físicamente?

SI	NO
----	----

16- ¿A qué se dedica?

Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Especifique:
------------------------	--------------------------	--------------

17- ¿En que vino al hospital?

Caminando	Ómnibus	Taxi	Vehículo propio	Otro:
-----------	---------	------	-----------------	-------

Datos que se recabarán de la historia clínica por parte del investigador:

- 1) Sitio del primario:
- 2) Sitios de metástasis:
- 3) Tipo de tratamiento que recibirá:
- 4) Metástasis óseas (sí/no):

Anexo 5 : Puntaje obtenido en cada escala para cada uno de los 45 pacientes

HHI	FACT-G- Físico	FACT-G - Familiar	Fact-G Emocional	FACT-G - Personal	FACT-G Total
40	11	27	4	24	66
40	5	28	4	26	63
38	6	18	6	23	53
30	6	20	6	19	51
36	11	25	7	14	57
35	7	26	8	14	55
36	8	15	7	16	46
36	3	25	4	25	57
23	6	14	17	17	54
37	24	12	15	7	58
34	5	20	3	19	47
35	7	15	10	12	44
38	5	26	9	14	54
32	11	11	13	14	49
31	14	13	10	6	43
33	9	22	9	21	61
40	0	22	6	27	55
40	5	18	11	15	49
36	2	9	1	12	24
34	15	26	9	7	57
36	16	9	16	11	52
37	13	3	19	16	51
35	5	8	9	10	32
39	7	17	7	16	47
27	8	15	5	20	48
38	5	19	15	25	64
40	8	21	7	18	54
24	13	7	10	7	37
40	4	20	6	21	51
19	12	12	7	13	44
40	10	22	5	23	60
34	12	1	12	14	39
20	12	8	8	19	47
38	3	12	9	11	35
33	7	14	7	20	48
30	0	24	4	21	49
40	3	15	4	17	39
34	5	22	4	18	49
33	22	17	19	20	78
40	5	20	4	28	57
37	22	25	23	8	78
38	5	18	8	23	54
37	13	16	11	14	54
28	6	17	8	17	48
36	2	23	5	25	55

HHI 35 - 40
HHI De 26 - 34
HHI Menor o igual de 25
FACT-G Total mayor de 50
FACT-G Total entre 31-49
FACT-G Total menor o igual de 30
FACT-G- Fisico mayor de 20
FACT-G- Fisico entre 11-19
FACT-G- Fisico menor o igual de 10
FACT-G - Familiar mayor de 20
FACT-G - Familiar entre 11-19
FACT-G - Familiar menor o igual de 10
FACT-G - Emocional mayor de 20
FACT-G - Emocional entre 11-19
FACT-G - Emocional menor o igual de 10
FACT-G - Personal mayor de 20
FACT-G - Personal entre 11-19
FACT-G - Personal menor o igual de 10