



FACULTAD DEL AREA DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

**CALIDAD DE VIDA Y DEPENDENCIA EN PACIENTES
ONCOLOGICOS, CONCEPCION 2018**

Seminario de grado para ser
presentado como requisito para
obtener grado de Licenciado en
Enfermería

Profesor Guía Académico:
Julia Ramírez Castillo

Autores

Nicolás Amigo Silva

Javera Mena Muñoz

Jorge Monsalve Espinoza

Priscila Sanzana Ferreira

CONCEPCIÓN – CHILE

2018

INDICE:

TEMAS	PÁGINAS
RESUMEN	4
ABSTRAC	5
PRESENTACIÓN PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	12
MARCO REFERENCIAL	13
MARCO CONCEPTUAL.....	14
Calidad de vida.....	14
Pacientes oncológicos	15
Dependencia.....	15
MARCO TEORICO	16
Teoría de Virginia Henderson	16
Teoria de Callista Roy.....	17
MARCO EMPIRICO	20
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	25
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	25
UNIVERSO Y MUESTRA.....	25
Criterios de inclusión.....	25
Criterios de exclusión.....	25
VARIABLES.....	26
INSTUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
INDICE DE BARTHEL	27
WHOQOL-BREF	29
ESTADÍSTICAS.....	31
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	31
TABLA CUESTIONARIO WHOQOL-BREF.....	44
TABLA INDICE DE BARTHEL.....	49
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIÓN.....	53
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS	59

DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	62
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	64
INDICE DE BARTHEL	68
CUESTIONARIO WHOQOL-BREF	69
AGRADECIMIENTOS.....	78

RESUMEN

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de la salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto, pero cuyo significado incluye desde las áreas físico mental hasta el lugar de la comunidad o sociedad donde la persona vive. La calidad de vida como bien sabemos variara dependiendo según la condición de cada paciente y como afecta en su diario vivir, las repercusiones negativas o positivas que tendrán los medicamentos, quimioterapia y el apoyo familiar hoy por lo que es importante realizar una evaluación más amplia e integral frente a la calidad de vida de los pacientes oncológicos, además de medir y valorar el grado de dependencia que puedan presentar o generar en el trayecto de su vida como paciente oncológico. De ahí surge la importancia de investigar el pensamiento y el criterio de cada paciente ambulatorio con respecto a su calidad de vida, asimismo analizar las características biosociodemográficas de cada uno.

En el presente estudio que es de diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde nos enfocaremos en el ámbito de calidad de vida, en especial los pacientes oncológicos de la ciudad de concepción con una muestra de 12 pacientes entre hombres y mujeres que van desde los 18 y mas años. Para ello se aplicaron los instrumentos WHOQOL-BREF e Índice de Barthel y el formulario de características biosociodemográficas, las respuestas recibidas muestran que existe una deficiencia en la salud física según el instrumento aplicado WHOQOL-BREF lo que daría como resultado que el deterioro físico afecta a la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Palabras Claves: calidad de vida, dependencia, paciente oncológico.

ABSTRAC

The concept of quality of life has begun to be increasingly used in the field of health or as a measure of well-being. Despite this, there is no single definition of the concept, but whose meaning includes from the areas of physical and mental to the place of the community or society where the person lives. The quality of life as we know currently will vary depending on the condition of each patient and how it affects his daily life, the negative repercussions or positive effects of medications, chemotherapy and family support, so it's vital carrying out a extensive and comprehensive evaluation in quality of life of cancer patients, in addition to measuring and assessing the degree of dependency that they may present or generate in the course of their life as oncologic patient.

Hence the importance of an examination of thought and criteria of each outpatient related to their quality of life, as well analyze the biosociodemographic characteristics of each one.

In the present study, which is a quantitative design, descriptive type, retrospective cross-section, where we will focus on the quality field of life, especially targeted towards oncological patients in the city of Concepción with a sample of 12 patients between men and women ranging from 18 and over years. For this purpose, the WHOQOL-BREF, Barthel Index instruments and the biosocio-demographic characteristics form were applied, the results received reveal that there is a deficiency in physical health according to the instrument applied WHOQOL-BREF which would result in physical deterioration that affects the quality of life of cancer patients.

Key words: Quality of life, Dependence, Oncological Patient

PRESENTACIÓN PROBLEMA

La investigación se centrará en conocer la calidad de vida de los pacientes oncológicos y acotar los indicadores que a lo largo de los años han variado desde los puramente fisiológicos y físicos hasta complejos cuestionarios basados en las repercusiones psicológicas de la enfermedad. A partir de los años setenta surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, éstos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas. En la actualidad, éstos índices permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente. El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicosocial, teniendo en cuenta valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, función social y nuestra percepción. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define: *«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»*. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida, que es un concepto relacionado con el bienestar y depende de la satisfacción de las necesidades humanas. La importancia de ésta medición es que permite destacar el estado funcional de forma integral físico, mental y social, además de obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud de los pacientes oncológicos. A la hora de hablar de pacientes oncológicos es inherente hablar del sufrimiento y dolor, sin embargo, cada experiencia y percepción es única e irrepetible. Cada paciente, contexto, y nivel de adaptación es distinta todos ellos podrían hacer una definición del dolor y cada una de éstas estaría correcta, pero para efectos de estudio y conocer la calidad de vida, se tomará de referencia la definición más aceptada actualmente descrita por la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) que dice: *«es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño»*.

Desde el punto de vista físico y psicológico se evidencia la presencia de insomnio o trastorno de sueño el cual se define según Dr. Iván Lerma como: “*Dificultad o imposibilidad para dormir las horas suficientes que permitan sentirnos descansados y rendir al día siguiente*” (Lerma Carrillo, 2013) El no poder dormir es una de las alteraciones más comunes en los pacientes oncológicos y se relaciona con la ansiedad ya sea por la misma patología u efectos adversos de los medicamentos pre escritos. Por lo consiguiente afecta.

- Físico: con la presencia de fatiga
- Psicológico: cursando con depresiones clínicas
- Emocional: con los cambios de humor repentinos (Irritabilidad)

Se calcula que entre un 33% y 50% de las personas con cáncer presentan trastornos del sueño, siendo uno de los signos tempranos de delirium en evolución, por lo que es importante valorarlo antes que se vuelva una afección crónica y afecte la calidad de vida por el paciente a la vez aumentando su tolerancia al dolor. (Trastornos del sueño (PDQ®)–Versión para profesionales de salud, 2017) El equipo de salud multidisciplinario tiene el deber de brindar una atención integral considerando las diferentes condiciones de los usuarios y adecuarse según las necesidades individuales de cada paciente, la importancia de lo recién mencionado radica en el impacto que se genera al momento de lograr una atención integral, ya que se está ampliando un enfoque de visión, se está concientizando y así se logra intervenir correctamente en el manejo de la calidad de vida en los pacientes oncológicos. Gatillando así una nueva forma/ modelo de atención al paciente con cáncer y demostrando la empatía que debe tener un profesional de la salud, y que no es tan fácil de desarrollar – como muchos creen- debido a su amplia cobertura. Entonces, a modo de aclaración de la investigación, se presenta y comparte un concepto sobre la calidad de vida que “incluye 4 componentes principales: a) Los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios; b) el funcionamiento físico; c) el funcionamiento psicológico; d) el funcionamiento social”. (Juan Ignacio Arraras, Maite Martínez, Ana Manterota y Nuria Laínez., 2004) Si ponen atención entonces, en los componentes que abarca

la calidad de vida, se puede evidenciar claramente los grandes detalles que lo definen, por ejemplo, en el componente de el funcionamiento físico, se encontraría el dolor presente por estos pacientes, y se sabe que durante el transcurso de los años, al provocarse una lesión o ante la presencia de cierto cuerpo extraño, él organismo responderá generando mecanismos de defensa con tal de erradicar el problema, presentándose diversos signos de respuesta, tales como el aumento de las respiraciones, aumento en las pulsaciones, sudoración excesiva y la aparición del *dolor*. Es aquí donde en términos generales el dolor puede diferenciarse en Dolor agudo y Dolor crónico. Esta distinción es importante pues hay diferencias fundamentales en mecanismos fisiológicos, pero más importante en criterios fisiopatológicos, que es donde llevan a la cronificación de la sensación dolorosa. Y el resultado de esto, gatilla a otro de los nombrados componentes, funcionamiento psicológico, en el cual se encuentra la ansiedad o depresión que envuelve a estos pacientes, y así es como cada componente se une, y se agrava la situación

JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA

En Chile el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, según el Ministerio de Salud (Minsal). Se estima que para el 2020 el cáncer será la primera causa de muerte en nuestro país. En algunas regiones de Chile, como Antofagasta, ya es la primera. El impacto económico que genera el seguimiento y tratamiento del cáncer en nuestro país es más de 2100 millones de dólares al año, que básicamente representa el 1% del Producto Interno Bruto de Chile, y el gasto per cápita se estima que es de 47 dólares. Hay tres tipos de cáncer que genera mayor impacto económico en la salud, que son el estómago, pulmón, próstata y mama. Si bien, este resultado no ha generado una mayor preocupación en la población, debido a que los usuarios no tienen una verdadera noción del gasto que se expresa, evidentemente por la situación en la cual están cursando. Lamentablemente no hay muchos estudios que valoren los costos de las enfermedades en Chile, para el cáncer, o de otras enfermedades oncológicas, pero para el caso del cáncer es el que lidera el puesto. (Cid, 2016)

Entendemos que la evaluación de la CV es una de las diferentes intervenciones que se realizan con el paciente oncológico y su entorno, y que comparte con todas ellas una filosofía de trabajo de procurar ofertar los mejores cuidados para ellos (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004). Si bien, en torno al concepto y la medición de la CV siguen existiendo discrepancias, en relación con los problemas conceptuales cabría indicar que esta expresión, desde esta última década se alude a condiciones relativas al bienestar, confort, subjetividad y multidimensionalidad. Ahora bien, este aparente consenso desaparece a la hora de determinar exactamente las dimensiones o parámetros que constituyen la CV y los elementos específicos que conforman cada dimensión (Padierna Sánchez, Fernández Rodríguez, & González Menéndez, 2002). Como se nombró anteriormente las cifras de cáncer ascienden al pasar los años por lo que cada vez tendremos más prevalencia e incidencia de pacientes oncológicos en Chile, como

profesionales de salud tenemos como deber brindar una atención integral, pero para ello debemos conocer las necesidades alteradas en cada usuario. De ahí sale una interrogante. ¿Cómo influye el cáncer en su calidad de vida? Al ser diagnosticados cambia su vida y la de su entorno. “Produce una ruptura en la rutina, un quiebre a nivel de la identidad personal, familiar, social, laboral, etc... Exige un esfuerzo importante por lograr la adaptación a la nueva situación y condición.” (Valdivieso & Zarate, 2013) Anteriormente se realizaban estudios frente a los tratamientos para el cáncer, evaluaban lo biológico y la supervivencia. La calidad de vida variará dependiendo de la condición de cada paciente y como afecta en su diario vivir, las repercusiones negativas o positivas que tendrán los medicamentos, quimioterapia y el apoyo familiar serán es una interrogante hoy por lo que es importante realizar una evaluación más amplia e integral frente a la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Es una interrogante saber cómo será en cada caso, por lo que es importante no sólo medir los efectos adversos a nivel biológico y físico sino también evaluar lo psicológico y social. “A partir de los años 90 aumentó el interés por evaluar más profundamente otras dimensiones importantes del paciente y la relación directa sobre la percepción de la CV, con el fin de proporcionar mejor cuidado” (Llópiz Hernández, 2016). Entonces, según lo planteado anteriormente, pretendemos indagar en la forma de vida de los pacientes oncológicos y conocer en detalle las principales complicaciones que afectan mayormente en su calidad de vida, lo que significaría un avance para el equipo de salud, debido a la posibilidad de entregar una atención de mayor calidad, más integral y personalizada, y desarrollando en los profesionales una mayor empatía en su relación profesional-paciente. De esta forma se contribuye al aumento de habilidades blandas para la atención de pacientes oncológicos y con ello aumentar la satisfacción de nuestros pacientes oncológicos, favoreciendo su participación, disminuyendo su ansiedad e incrementando sus esperanzas de recuperación. Debido a que ha existido una desvalorización en las manifestaciones asociadas que presentan estos pacientes, cuyo error ha significado una disminución en su calidad de vida y desesperanza globalizada, y

respecto a esto me parece importante compartir lo siguiente: “En un estudio sobre 982 pacientes Davidson y colaboradores demostraron que aquellos que manifestaron insomnio (300), atribuyeron el mismo a los pensamientos (52%), dolor o discomfort (45%), aspectos acerca de la salud (38,7%), aspectos relacionados con la familia y los amigos (33%), diagnóstico de cáncer (32%), efectos físicos de la enfermedad (27,7%), aspectos económicos (22,7%) y el 7% no supieron a qué atribuirlo” (Unidad de Psico-Oncología. Institut Càtala D’Oncologia., 2004). Sin embargo, la sociedad e incluso los profesionales de la salud, muchas veces ignoran todo esto, que es parte de lo que debe lidiar a diario un paciente oncológico, preocupaciones. El propósito de esta investigación, es contribuir en la entrega de conocimientos de cómo es la calidad de vida que enfrentan los pacientes del centro oncológico de la comuna de Concepción, la que a través del enfoque cuantitativo permite tener una visión de las distintas situaciones y factores que generan una mayor calidad de vida en los pacientes oncológicos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad de vida y nivel de dependencia de los pacientes oncológicos, en concepción 2018?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la calidad de vida y nivel de dependencia de los pacientes oncológicos, en concepción 2018

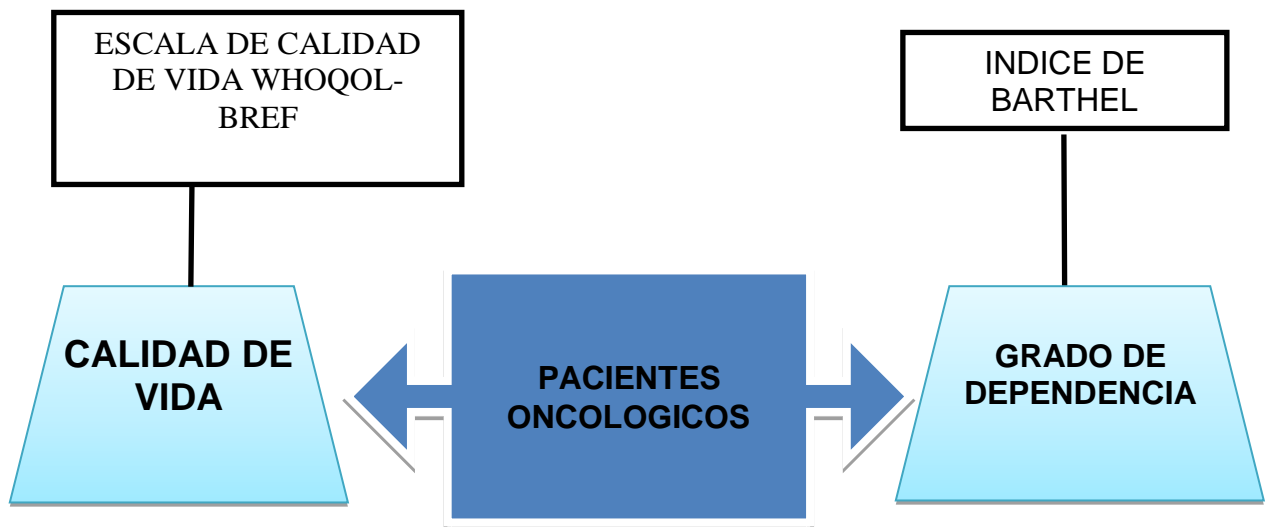
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar al paciente oncológico según las variables sociodemográficas.
- Conocer el grado de dependencia de los pacientes oncológicos para el desarrollo de las actividades de la vida diaria según aplicación del índice de Barthel.
- Conocer con qué frecuencia los pacientes oncológicos, tienen sentimientos negativos como, tales como: tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión según la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.
- Identificar si los pacientes oncológicos tienen el dinero suficiente para cubrir sus necesidades según la Escala de calidad de vida WHOQOL-BRE

MARCO REFERENCIAL

Contempla la interacción de 3 conceptos principales: calidad de vida, pacientes oncológicos y dependencia. Los cuales se relacionan de la siguiente forma.

(Figura n°1)



MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida

La calidad de vida individual puede entenderse como una relación global, dentro de la cual establece aspectos positivos pero también pueden existir eventos en forma adversa en el curso de la vida individual, lo que demuestra la interrelación individual y colectiva en el ejercicio de los valores sociales.

Esto nos demuestra que el concepto de calidad de vida está en constante movimiento, ya que se ve involucrada con aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos lo que genera en el individuo “valores positivos y negativos.”

Así podemos decir que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender como son:

Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.

Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.

Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.

Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.

Social: donde al ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo del mismo.

Es importante considerar que estos campos mencionados pueden tener una diversa influencia en factores sociales, médicos y políticos y también en los ámbitos individuales y de comunidades.

Como podemos comprender, la calidad de vida no es un proceso simple, pues requiere de un análisis minucioso

La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social. (Bonilla, 2014).

Pacientes oncológicos

Según la Real Academia Española, Edición del tricentenario, actualización 2017, “Del lat. *patiens*, -entis, part. act. de *pati* 'padecer, sufrir'” y “Dicho de un sujeto: Que recibe o padece la acción del agente, enfermedad y tratamiento del cáncer. Incluye la oncología médica (uso de quimioterapia, terapia con hormonas y otros medicamentos para tratar el cáncer), la radioncología (uso de radioterapia para tratar el cáncer) y la oncología quirúrgica (uso de cirugía y otros procedimientos para tratar el cáncer). (Diccionario del cancer).

Dependencia

Dependencia puede entenderse como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (San Cristobal Laguna, 2018)

MARCO TEORICO

Teoría de Virginia Henderson

El modelo se fundamenta en la capacidad que tiene la persona para mantener la independencia y asegurar su bienestar a través de 14 necesidades básicas fundamentales. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad.

Las necesidades básicas pueden ser:

- Universales: comunes y esenciales para todos.
- Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona (Nieves, 2014)

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
 2. Alimentarse e hidratarse.
 3. Eliminar por todas las vías corporales.
 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
 5. Dormir y descansar.
 6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura corporal.
 8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
 9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
-

-
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
 11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
 12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
 13. Participar en actividades recreativas.
 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Estas necesidades se consideran universales por el hecho de que en cada usuario deberían estar cubiertas y específicas debido a que cada necesidad será diferente en cada persona.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. (Martín, 2015)

Teoría de Callista Roy

El modelo de Adaptación de Callista Roy, es determinado como teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- a. Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros
 - b. Meta de la enfermería (que se adapte el cambio)
 - c. Salud
 - d. Entorno
 - e. Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).
- b. Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que

la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

El modelo establece cuatro modos de adaptación:

- a. Modo fisiológico y físico de adaptación
- b. Modo de adaptación del auto-concepto
- c. Modo de adaptación de función del rol
- d. Modo de adaptación de la interdependencia

Definición de Enfermería

Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la Enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Desde este enfoque se puede relacionar la teoría de adaptación a los pacientes oncológicos según los elementos esenciales requieren de adaptarse al entorno, a su condición de salud y aceptar la enfermedad. En esta revisión se caracterizará a los pacientes no solamente en su calidad de vida, sino también en sus actividades de la vida diaria. Para realizar la valoración se aplicará escala de Barthel y observaremos como se adaptan según el modelo de Sor Callista Roy. (Encolombia, 2014)

- *“La percepción individual de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistemas de valores en donde vive y la relación hacia sus metas, expectativas, estándar e intereses. Es una amplia variedad de conceptos afectados en una manera compleja por la salud física de la persona, estado psicológico, creencias personales, relaciones sociales y su relación con las características con su medio ambiente” (WHOQOL group)”. (OMS, 1994)*
-

Además de valorar la dependencia de los pacientes oncológicos, se aplicarán tablas específicas en medir la calidad de vida, se sabe que lo principal para los pacientes oncológicos es su bien estar social, físico y emocional con el entorno que los rodea, y para esto se utilizaran instrumentos como el WHOQOL-BREF que sirve para conocer la opinión del paciente respecto a su calidad de vida. (Urzua, 2010) WHOQOL-BREF utiliza preguntas como el modo de vivir, expectativas de la vida, sus placeres y preocupaciones. En Chile se ha utilizado en adultos mayores, demostrando un buen resultado de evaluación y respuesta, pero aún no se ha validado en ciertas enfermedades como accidentes encefálicos, esquizofrénica, demencia, y otros. (M, 2010)

MARCO EMPIRICO

(Drs. Marcelo Fonseca C.1, 2013) en “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal” Iquique, Chile.

Se investigó a 77 pacientes esta investigación es de tipo exploratorio/descriptivo cuyo objetivo general es evaluar la percepción de la calidad de vida y la factibilidad técnica de evaluarla, a través de la encuesta FACT-G, a pacientes oncológicos terminales¹⁰, hombres y/o mujeres adultas (as) mayores de 18 años con cáncer, los cuales reciben control y tratamiento en el policlínico de cuidados paliativos y alivio del dolor del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique.

Resultados: El bienestar físico fue evaluado con 21,22 sobre un máximo de 28, el bienestar Social/Familiar obtuvo 12,57 de 28; el bienestar emocional obtuvo 16 sobre 24; el bienestar funcional obtuvo 17,33 sobre 28. El Score final, que representa la suma de las cuatro divisiones anteriores, con una escala de 0 a 108, fue de 67, que representa el 62% del puntaje máximo.

Conclusiones: Es factible la realización de encuestas de calidad de vida en pacientes con cáncer, las cuales nos permiten realizar intervenciones puntuales sobre el paciente y sus cercanos que mejoren su calidad de vida.

(Ávila, 2015) en “Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionado al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado” Concepción, Chile.

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre las variables individuales –control emocional, satisfacción vital y felicidad subjetiva– con el proceso de afrontamiento y adaptación al cáncer, en usuarios con diagnóstico de cáncer avanzado del Policlínico del Dolor y Cuidados Paliativos de Chillán.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal y correlacional en una muestra de 49 sujetos inscritos a julio de 2013 en ese centro.

Resultados: el 61,2% de la muestra mostró alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Respecto a la dimensión espiritual, el 75,5% de los participantes presentó alto control emocional, específicamente para la tristeza, siendo mediana para la represión, el enojo y la preocupación. Un 96% evidenció mayor felicidad subjetiva y alta satisfacción con la vida, existiendo significancia estadística entre la felicidad subjetiva y entre el conocimiento de la patología con el grado de capacidad general de afrontamiento y adaptación. Por su parte la tristeza, como emoción controlada, reveló asociación significativa con el factor 1 recursivo y centrado del proceso de afrontamiento. Asimismo, presentó una relación significativa la variable sexo y el factor 3 de procesos de alerta.

Conclusión: Algunas de las características de las variables individuales mostraron relación con el grado de afrontamiento y adaptación al cáncer terminal, tales como la felicidad subjetiva y el control emocional de la tristeza.

Santamaría, N. P., García, L. E., Sánchez Herrera, B. y Carrillo, G. M. (2016). “Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados.”

El objetivo principal de este artículo es describir el estado del arte sobre la percepción del cuidado de enfermería a pacientes oncológicos hospitalizados. Para esto, se hizo una revisión integrativa realizada en 16 bases de datos entre 1994 y 2014, teniendo en cuenta los descriptores percepción, relación enfermero-paciente, hospitalización y oncología, con sus respectivas traducciones al inglés y orientada por el descriptor booleano AND. Se encontraron de esta manera 52 publicaciones sobre la relación enfermera-paciente oncológico hospitalizado; asimismo, se evidenció que estas han ido en incremento, particularmente en la última década. La mayor parte de las publicaciones son de tipo cualitativo, revisiones o reflexiones. Al revisar en conjunto la productividad académica, se identificaron múltiples formas de abordar esta relación desde el punto de vista conceptual; sin embargo, parece ser su condición de reciprocidad la que resulta más enriquecedora para las partes, lo que permite que los sujetos que

intercambian en medio del cuidado de la vida cuando se tiene un cáncer crezcan como personas y ganen en introspección. Así pues, la relación enfermera-paciente con cáncer hospitalizado es un punto central para poder comprender y cualificar las prácticas de cuidado de esta población. Se hace necesario desarrollar estrategias de medición y cualificación de esta interacción.

Conclusiones La relación enfermera-paciente con cáncer hospitalizado es un punto central para poder comprender y cualificar las prácticas de cuidado de esta población. Se hace necesario continuar en el desarrollo disciplinar sobre este fenómeno puesto que, si bien ha sido ampliamente descrito y reconocido, no han sido suficientemente desarrolladas las estrategias de medición y cualificación de esta interacción.

Salas, C., Grisales. H. (2010) “Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama” en Antioquia, Colombia.

A través de los estudios se analizaron con los dominios del WHOQOL BREF relacionados con la calidad de vida de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, luego se analizaron los puntajes de calidad de vida de las pacientes según características demográficas, clínicas y sociales, y por último se identificaron algunas características que explicaban conjuntamente su calidad de vida. La calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico bajo y ser escépticas constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida. (Bermudez, 2013) “Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cancer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. La medición de la calidad de vida (CV) permite establecer la percepción general del individuo a los procesos de salud – enfermedad, el tratamiento instaurado y la percepción de la salud.

Objetivo: Realizar la medición de la CV en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. Método: Se realizó un estudio no experimental descriptivo en la Fundación de Alivio contra el Cáncer AVAC, para medir la CV se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C30. Resultados: La población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos de los cuales el 45% (n=18) estaba hospitalizado y el 55% (n=22) pertenecían al programa ambulatorio, la edad promedio fue $60,98 \pm 11,5$ años, el género predominante fue femenino (72,5%), el tiempo promedio de evolución del cáncer $4,68 \pm 5,17$ años, el cáncer predominante fue el de mama en el sexo femenino y próstata en el masculino, el promedio del puntaje global del cuestionario EORTC QLQ-C30 fue de 60 ± 9.3 puntos, los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menor puntaje es el mieloma múltiple y el cáncer de próstata.

Conclusión: En relación a la medición de la CV, se establece claramente la importancia de la evaluación, ya que se trata de un fenómeno subjetivo, los sujetos con puntajes altos, deberán ser objeto de cuidado e interés al momento de planificar actividades del cuidado de la salud.

(Silva, 2010). “Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico”. según el siguiente estudio se evaluó la calidad de vida de mujeres portadoras de cáncer ginecológico sometidas a quimioterapia antineoplásica. Fueron entrevistadas 50 pacientes que estaban en tratamiento quimioterapéutico en un ambulatorio de quimioterapia de Uberaba-MG, mediante la aplicación del instrumento de evaluación de calidad de vida de la organización mundial de la salud WHOQOL-BREF. Los resultados apuntaron que el dominio más comprometido fue el físico y el más preservado, el social, siendo que la calidad de vida general obtuvo un promedio superior al obtenido en otros estudios. Todos los dominios se correlacionaron significativamente con la calidad de vida general. En lo que se refiere al tipo de cáncer, 29 (58,0%) eran portadoras de cáncer de mama, 11 (22,0%) de cáncer de cuello de útero, 8 (16,0%) de cáncer de ovario,

una (2,0%) de cáncer en el endometrio y una (2,0%) de cáncer en la vagina. Cuestionadas en cuanto a la auto-evaluación de salud, 20 pacientes (40,0%) la calificaron como “muy buena” o “buena”, 16 (32,0%) como “ni mala ni buena” y 14 (28,0%) como “muy mala” o “débil”. Ya en lo que se refiere en la satisfacción con la salud, 27 (54,0%) estaban “satisfechas”, 14 (28,0%) “ni satisfechas, ni insatisfechas” y 9 (18%) “insatisfechas” o “muy insatisfechas”.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente estudio es de diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Es cuantitativo, porque se recolectarán datos cuantificables en relación a los factores que afectan o ayudan en la calidad de vida de los pacientes oncológicos dependientes y se analizarán los datos mediante procedimientos estadísticos. Es descriptiva porque se describirá el fenómeno de la calidad de vida y qué variables se asocian a ella. Es retrospectivo porque se analiza en el presente, pero con datos del pasado, su inicio es posterior a los hechos estudiados. Es transversal porque se realizó en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

UNIVERSO Y MUESTRA

Conformada por el total de pacientes que tienen el diagnóstico de cáncer que reciben tratamiento ambulatorio en la ciudad de Concepción. La muestra se extrae de 12 pacientes, los que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- ❖ Pacientes con edad mínima de 18 años.
- ❖ Pacientes diagnosticados de cáncer que reciban tratamiento.

Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes que no aceptaron ingresar al estudio.
 - ❖ Pacientes con algún compromiso auditivo o cognitivo que no les permita responder el cuestionario.
-

VARIABLES

Variable dependiente: Calidad de vida y

Variables Independientes:

- a. Biosociodemográficas
- b. Dimensiones WHOQOL-BREF
- c. Dimensiones Índice de Barthel

INSTUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INDICE DE BARTHEL

La escala o índice de Barthel es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 y desde entonces es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia, asignando un valor a cada actividad según el tiempo requerido para su realización y la necesidad de asistencia para llevarla a cabo. Las AVD (ítems) que se incluyen en el índice original son diez: comer, el desplazamiento silla/sillón-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, y la continencia. Las actividades se valoran de forma diferente como se puede observar en la propia escala y el rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). La escala de Barthel se usa sobre todo en ámbitos hospitalarios o centros especializados en la rehabilitación de pacientes adultos con patología neurológica, en centros de atención a población geriátrica pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo en la mencionada población anciana y población institucionalizada) debe ser también tomada en cuenta. La escala no está basada en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades básicas de la vida diaria o la exclusión de otras, sino que responde a un consenso de un grupo interdisciplinar de expertos formado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, diplomados en enfermería y médicos. Si bien esto puede suponer un inconveniente teórico a su uso, es a su vez una de las ventajas a la hora de su uso en la práctica, puesto que se facilita enormemente el uso interdisciplinar. Analizando la validación de la escala se podrían comentar los siguientes datos: La fiabilidad (capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones) de la escala no fue determinada

originariamente. Serian Loewen y Anderson los autores del primer estudio de fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador con catorce terapeutas que puntuaron la realización de las actividades observando videos de los pacientes. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, resultados reproducidos por Roy en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas). Respecto de la validez, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo” o validez de concepto. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada, por ejemplo, se ha observado que la escala de Barthel original es un buen predictor de la mortalidad, tal vez por su acierto al medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad. En cuanto a la sensibilidad, la escala ha demostrado su capacidad de detectar cambios en el estado funcional del paciente, aunque en los extremos de discapacidad o independencia pierde mucha de esta sensibilidad (lo conocido como efectos techo y suelo) en aquellas personas con puntuaciones intermedias los cambios son fácilmente detectados. Analizando la aceptabilidad, las molestias a la hora de pasar la escala Barthel al paciente son escasas al igual que para la persona que lo administra. Por lo general únicamente es necesario pedirle la ejecución de algunas actividades básicas o bien observarle en su quehacer cotidiano, o realizar una grabación y observar después la misma. Tampoco requiere una adaptación lingüística ya que se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta a cuidadores o próximos. Sólo es necesario realizar una traducción simple de las actividades y categorías de puntuación, por lo que tiene un carácter bastante intercultural de aplicación, aunque puede que se necesite una adaptación en lugares en los que las AVD incluyen otras actividades diferentes de las consideradas en la escala original. Por último, decir que su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of

London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las AVD en las personas ancianas debido a sus buenas características ya mencionadas y por supuesto su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes. (araujo, 2014).

WHOQOL-BREF

La evaluación de calidad de vida WHOQOL-100 fue desarrollada por el grupo WHOQOL con quince centros de campos internacionales, simultáneamente, en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que sería aplicable a nivel cultural. El desarrollo del WHOQOL-100 ha sido detallado en otro lugar (es decir, Orley y kuyken, 1994; Szabo, 1996; WHOQOL Group 1994 a 1995).

Este documento da un trasfondo conceptual a la definición WHOQOL de calidad de vida y describe el desarrollo del WHOQOL-BREF, una versión abreviada del WHOQOL-100. También incluye una versión genérica en inglés del WHOQOL-BREF, instrucciones para administrar y puntuar y usos propuestos para de esta forma acortar el WHOQOL-100.

El WHOQOL ha sido desarrollado centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes.

Las preguntas que contiene el WHOQOL son auto evaluativas de la calidad de vida de las personas. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países.

Existen validadas al español las 2 versiones del WHOQOL: El WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, una

pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de 4 áreas: salud física, psicología, relaciones sociales y ambiente. El cuestionario debe ser auto administrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, puede ser entrevistado. (WHOQOL Group, 1995) 12

Scoring del Cuestionario WHOQOL-BREF: El WHOQOL-BREF produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambientes) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida. Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, es decir, las preguntas que corresponden según ítems son las siguientes:

Salud Física: $[6-(Q3)] + [6-(Q4)] + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

Salud Psicológica: $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$

Relaciones sociales: $Q20 + Q21 + Q22$

Ambiente: $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

Nota: Q se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo, pregunta n° 3 es igual a Q3.

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3.

Ejemplo: En el ítem de salud Física el rango más alto es de 35 puntos, si se obtiene un puntaje de 25 puntos se hace una regla de 3:

$$X = 25 \times 100$$

35

X = 71 puntos.

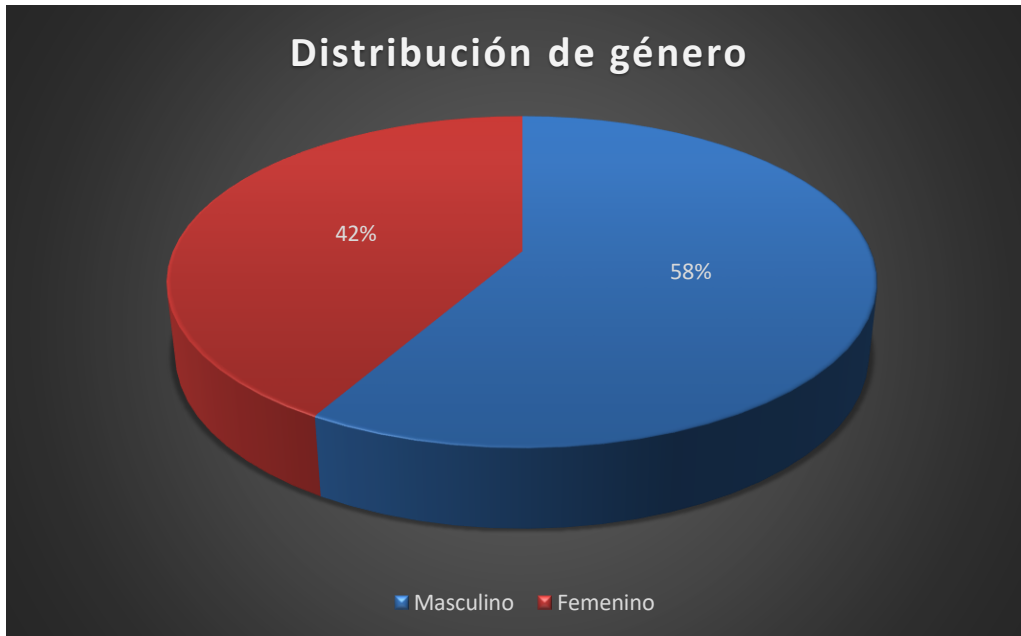
ESTADÍSTICAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Edades	n	%	Genero	n	%	Estado civil	n	%	Nacionalidad	n	%	Religión	n	%	Nivel de instrucción	n	%	Situación laboral	n	%
18-29	0	25	Masculino	0	58	Soltero	3	25	Chilena	12	100	Católica	5	42	E. básica	2	17	Empleado	5	42
30-41	0	0	Femenino	5	42	Casado	7	58	Extranjero	0	0	Evangélica	6	50	E. media	10	83	Cesante	6	50
42-53	4	33				Divorciado	2	17				Testigo de Jehová	0	0	Técnico superior	0	0	Jubilado	1	8
54-65	5	42				Viuudo	0	0				Mormón	0	0	E. superior	0	0			
65 y más	0	0										Ateo	0	0						
												Otro	1	8						
Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100
Zona de residencia	n	%	material de la vivienda	n	%	Saneamiento básico	n	%	Red de apoyo	n	%	Cuidador	n	%	Calidad de vida	n	%			
Rural	2	17	Madera	2	17	Si	12	100	Familia	11	92	si	7	58	Pésima	0	0			
Urbana	10	83	Concreto	4	33	No	0	0	CESFAM	1	8	no	5	42	Muy mala	0	0			
			Mixta	6	50				Iglesia	0	0			Mala	0	8				
									Otro	0	0			Buena	8	67				
														Muy buena	0	17				
														Excelente	0	8				
Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100	Total	12	100			

Fuente: “Calidad de vida y dependencia en pacientes oncológicos, Concepción 2018.”

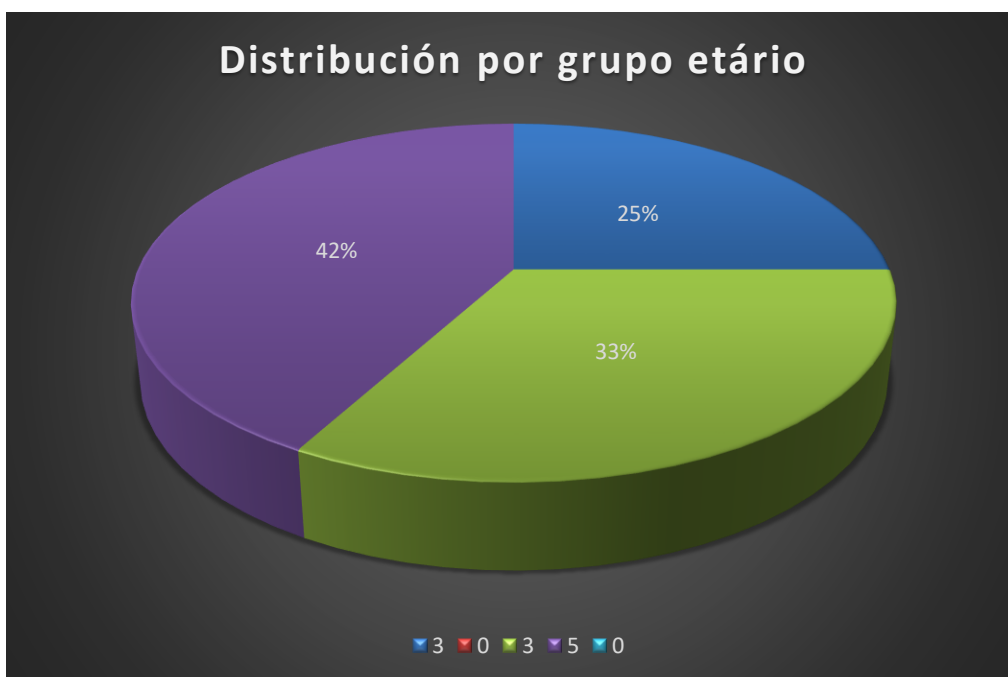
Genero	n	%
Masculino	7	58
Femenino	5	42
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 58% es de género masculino y el 42% es femenino. De lo cual podemos inferir que la epidemiología del cáncer en general es prácticamente equitativa, no presenta una variación significativa en relación al género.

Edades	N	%
18-29	3	25
30-41	0	0
42-53	4	33
54-65	5	42
65 y más	0	0
total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 42% se encuentra en un rango etario de 54-65 años, el 33% entre 42-53 años y el 25% se encuentra en la población de 18-29 años. De lo que inferimos que cercano a la mitad de la muestra pertenece o está por llegar a la tercera edad.

Estado civil	n	%
Soltero	3	25
Casado	7	58
Divorciado	2	17
Viudo	0	0
total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 58% se encuentra casado, el 25% está soltero(a) y el 17% restante se encuentra separada. Se puede inferir que, quienes se encuentran casados, tienen una red de apoyo directa por lo que esta variable tiene un valor significativo.

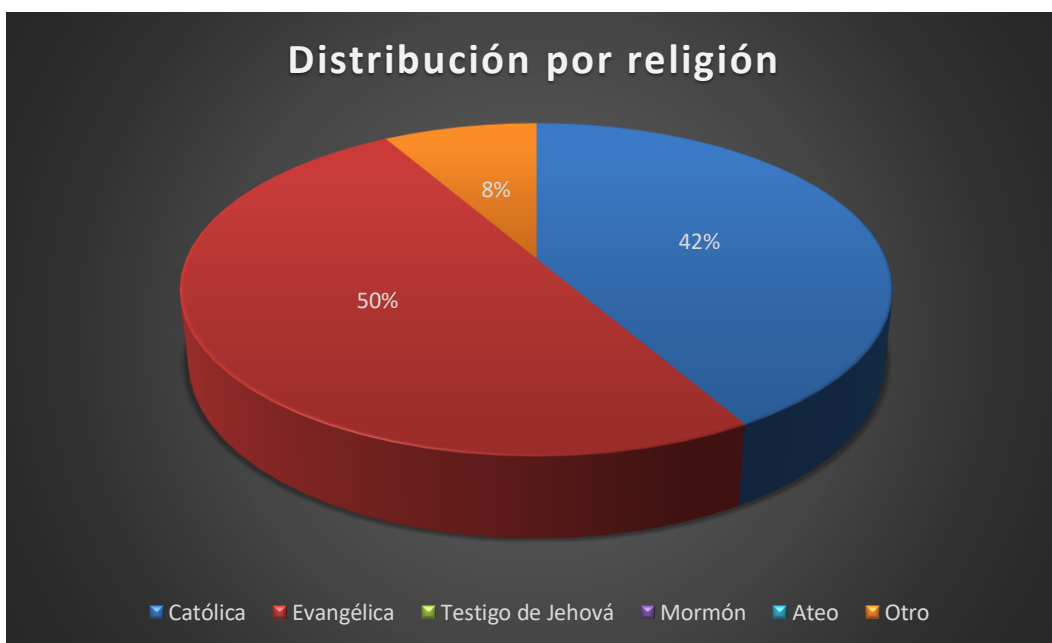
Nacionalidad	n	%
Chilena	12	100
Extranjero	0	0
total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 100% son de nacionalidad chilena, sin presentar alguna relevancia significativa dentro de las variables.

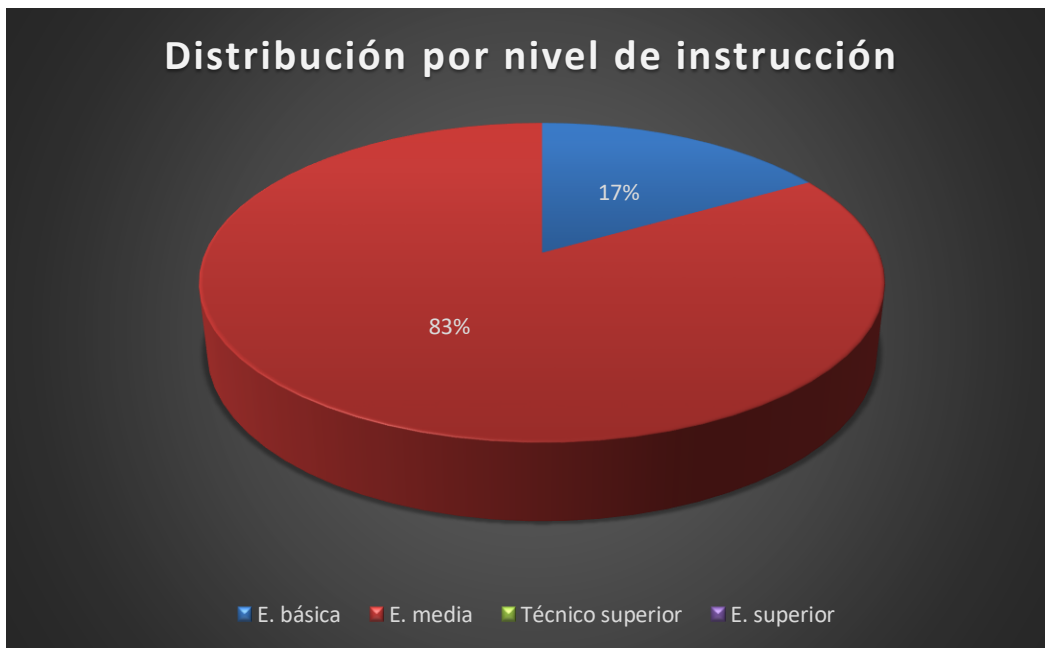
Religión	n	%
Católica	5	42
Evangélica	6	50
Testigo de Jehová	0	0
Mormón	0	0
Ateo	0	0
Otro	1	8
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 50% son evangélicos, el 42% son católicos y sólo el 8% tiene otra creencia. Podemos inferir que esta variable tiene una importancia vital, ya que no sólo se valora el tema espiritual, sino que la iglesia actúa como red de apoyo y la fe permite que las personas enfrenen la enfermedad con una actitud diferente.

Nivel de instrucción	n	%
E. básica	2	17
E. media	10	83
Técnico superior	0	0
E. superior	0	0
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 83% tiene un nivel de instrucción o educación media completa y el 17% alcanzó sólo la educación básica.

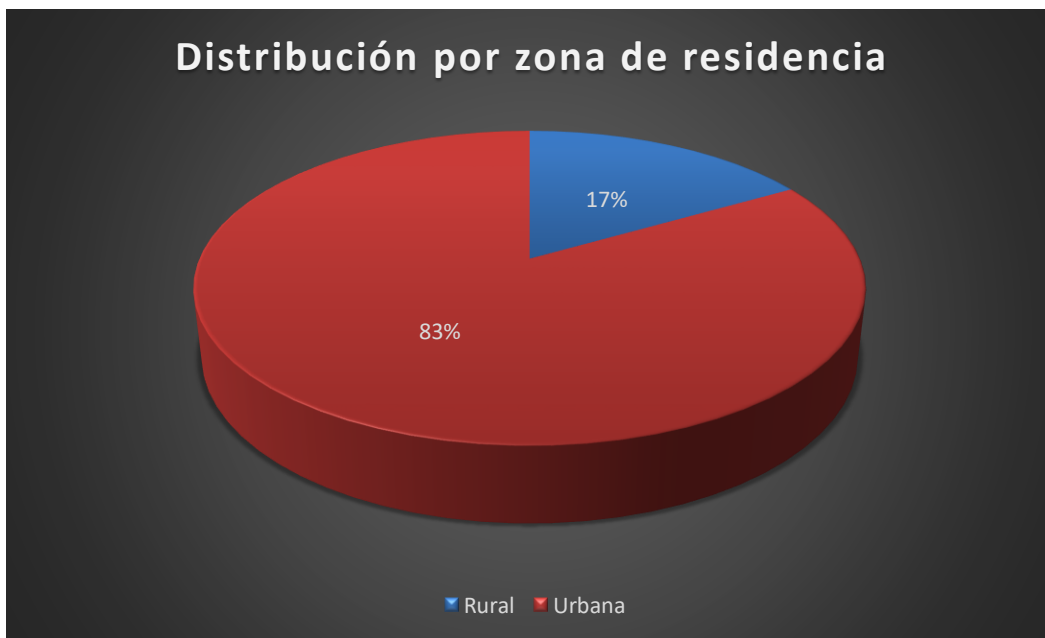
Situación laboral	n	%
Empleado	5	42
Cesante	6	50
Jubilado	1	8
Total	12	100



Ídem tabla 1.

El gráfico muestra que de los pacientes encuestados el 50% se encuentra cesante, el 42% está empleado y el 8% restante jubilado. Podemos inferir que la situación laboral tiene directa relación con la calidad de vida.

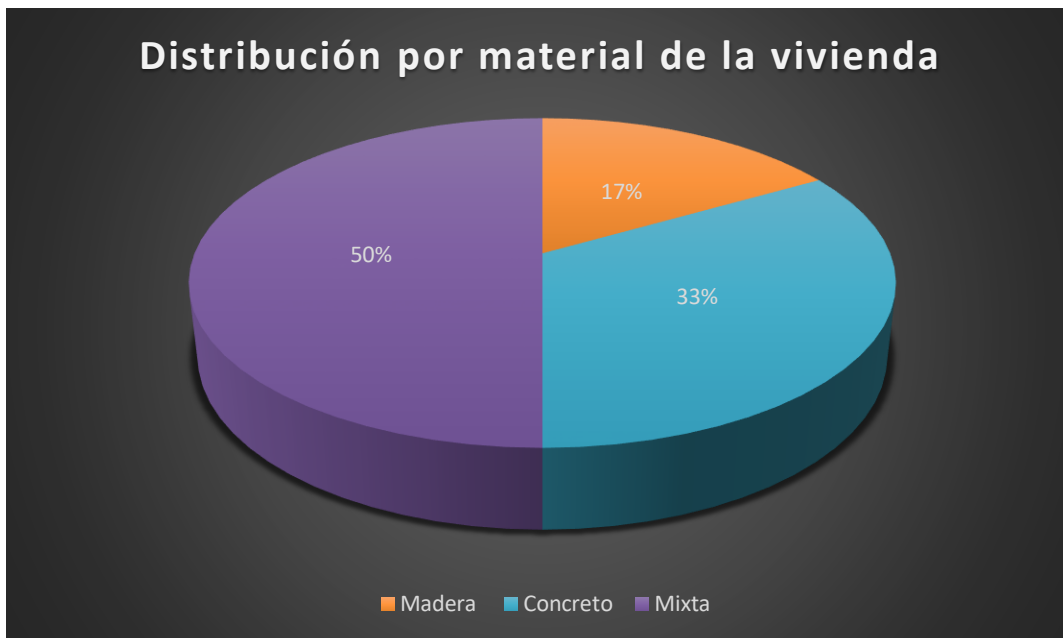
Zona de residencia	n	%
Rural	2	17
Urbana	10	83
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes encuestados el 83% vive en zona urbana y el 17% restante vive en zona rural.

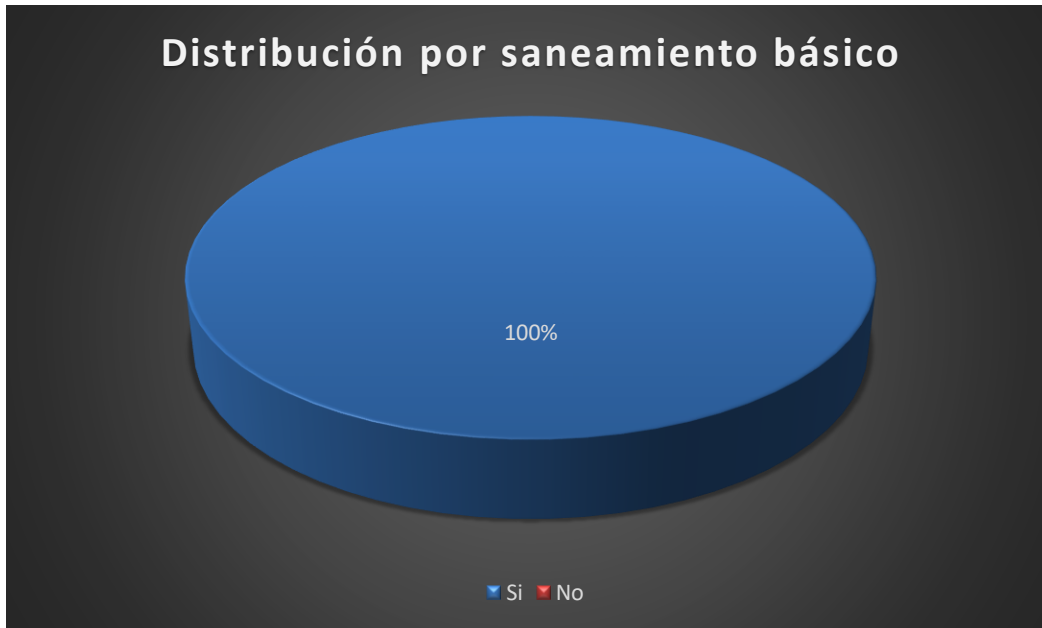
material de la vivienda	n	%
Madera	2	17
Concreto	4	33
Mixta	6	50
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes encuestados el 50% tiene material de vivienda mixta, el 33% tienen vivienda de material concreto y sólo el 17% su vivienda es de madera. Podemos inferir que el material de la vivienda tiene una directa relación con la conformidad del espacio físico que se encuentra el paciente.

Saneamiento básico	n	%
Si	12	100
No	0	0
Total	12	100



Ídem tabla 1.

El gráfico muestra que de los pacientes encuestados el 100% cuenta en su domicilio con saneamiento básico completo.

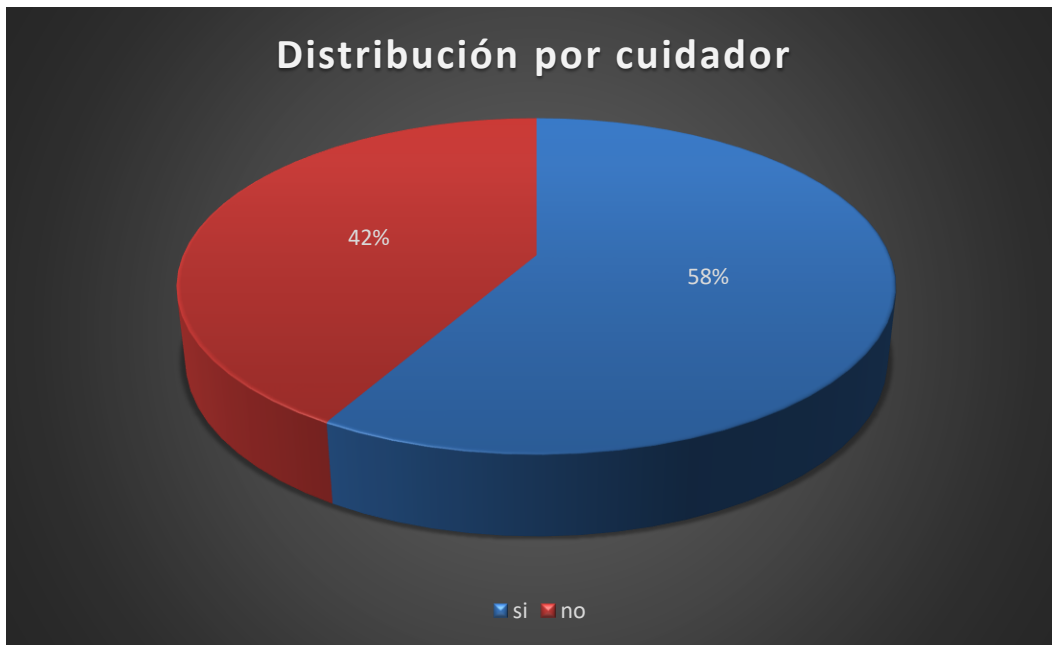
Red de apoyo	n	%
Familia	11	92
CESFAM	1	8
Iglesia	0	0
Otro	0	0
Total	12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que del total de pacientes encuestados el 92% tiene a la familia como red de apoyo y sólo el 8% presenta el CESFAM como una red de apoyo.

Cuidador	n	%
si	7	58
no	5	42
Total	12	100

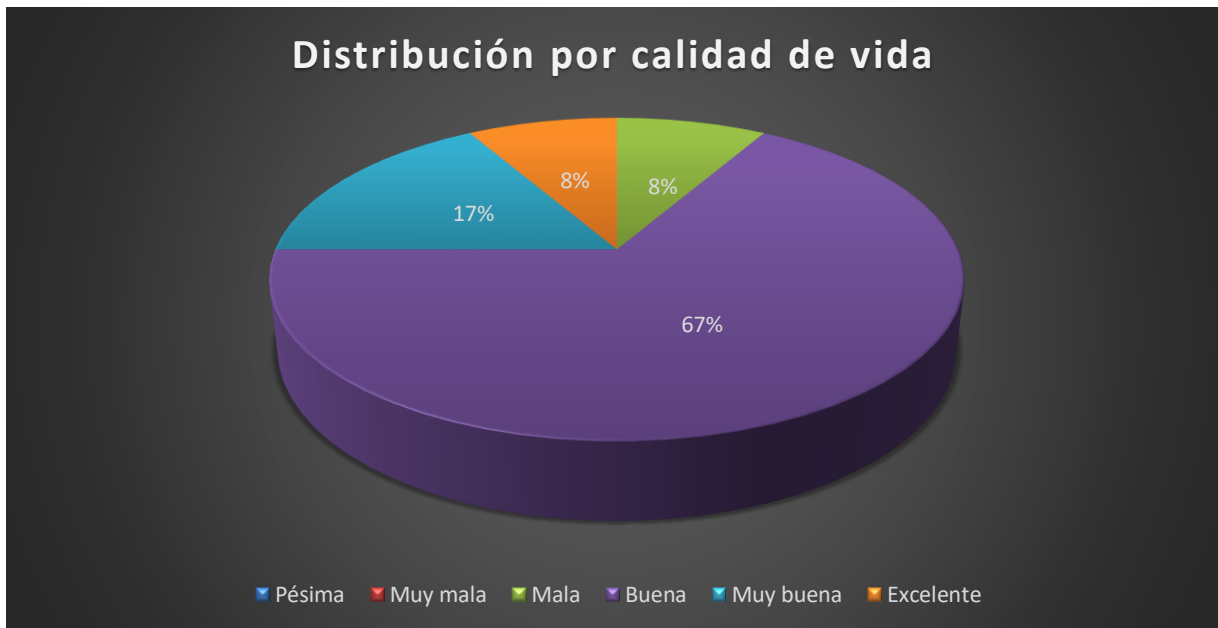


Ídem tabla 1.

El gráfico muestra que del total de pacientes encuestados el 58% cuenta con un cuidador para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el 42% no cuenta con un cuidador para cubrir sus necesidades.

Calidad de vida	n	%
-----------------	---	---

Pésima	0	0
Muy mala	0	0
Mala	1	8
Buena	8	67
Muy buena	2	17
Excelente	1	8
total	12	100



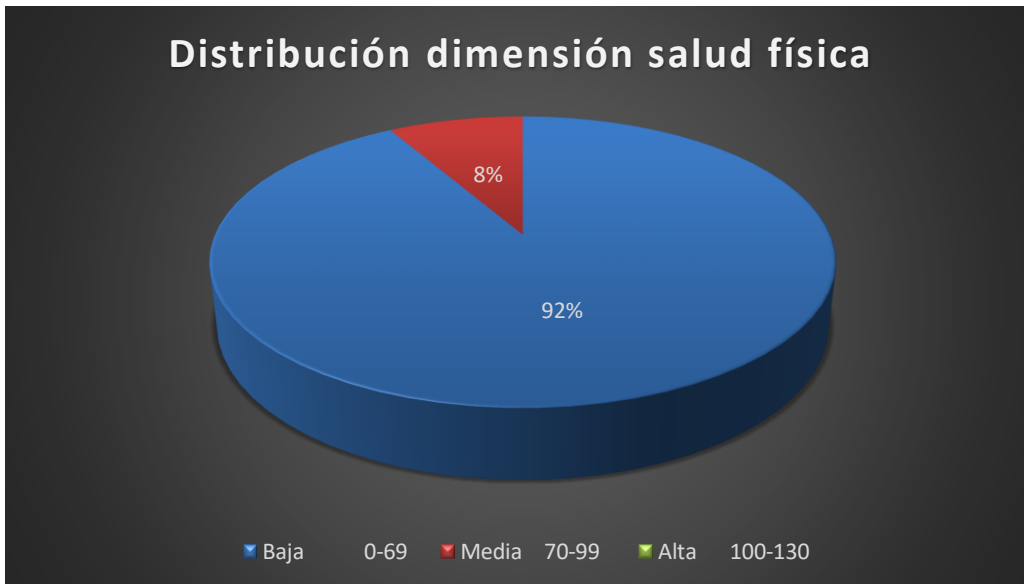
Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados sólo un 8% considera su calidad de vida excelente, el 17% considera que su calidad de vida es muy buena, el 67% es decir dos tercios del total de entrevistados refiere tener una buena calidad de vida en general, y un 8% percibe que su calidad de vida es mala. De esta forma podemos deducir que la percepción individual de la calidad de vida es un parámetro subjetivo, sino se mide con un instrumento estandarizado.

TABLA CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Categorización	Salud física	%	Salud psicológica	%	Relaciones sociales	%	Ambiente	%
Baja 0-69	11	92	3	25	8	67	8	67
Media 70-99	1	8	9	75	4	33	4	33
Alta 100-130	0	0	0	0	0	0	0	0

Categorización	Salud física (n)	%
Baja 0-69	11	92
Media 70-99	1	8
Alta 100-130	0	0
Total	12	100

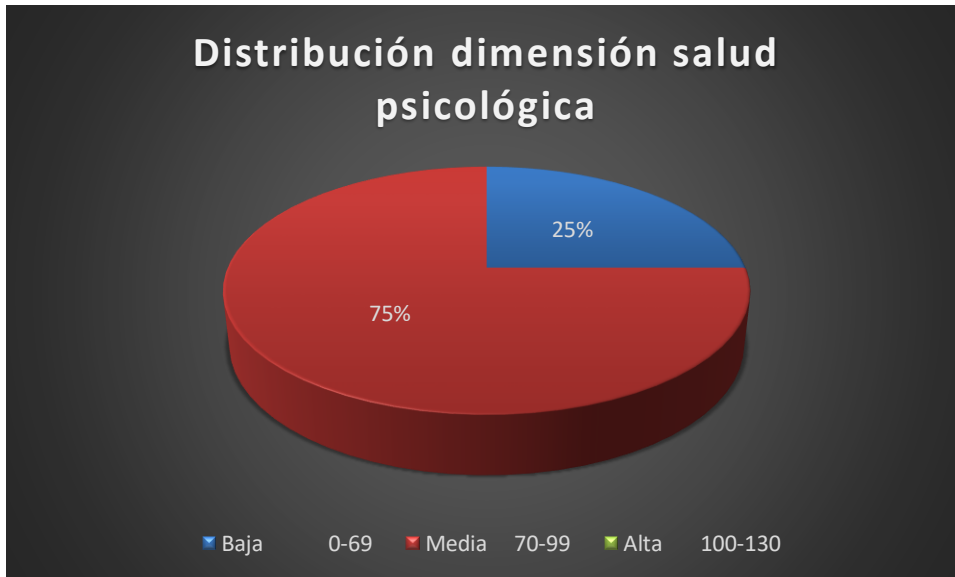


Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 92% presenta una baja calidad de vida en la dimensión de salud física y que el 8% tiene una calidad de vida media en la salud física. Podemos inferir que es por consecuencia de la enfermedad y del tratamiento mismo, que la salud física se ve comprometida.

Categorización	Salud psicológica (n)	%
----------------	-----------------------	---

Baja	0-69	3	25
Media	70-99	9	75
Alta	100-130	0	0
Total		12	100

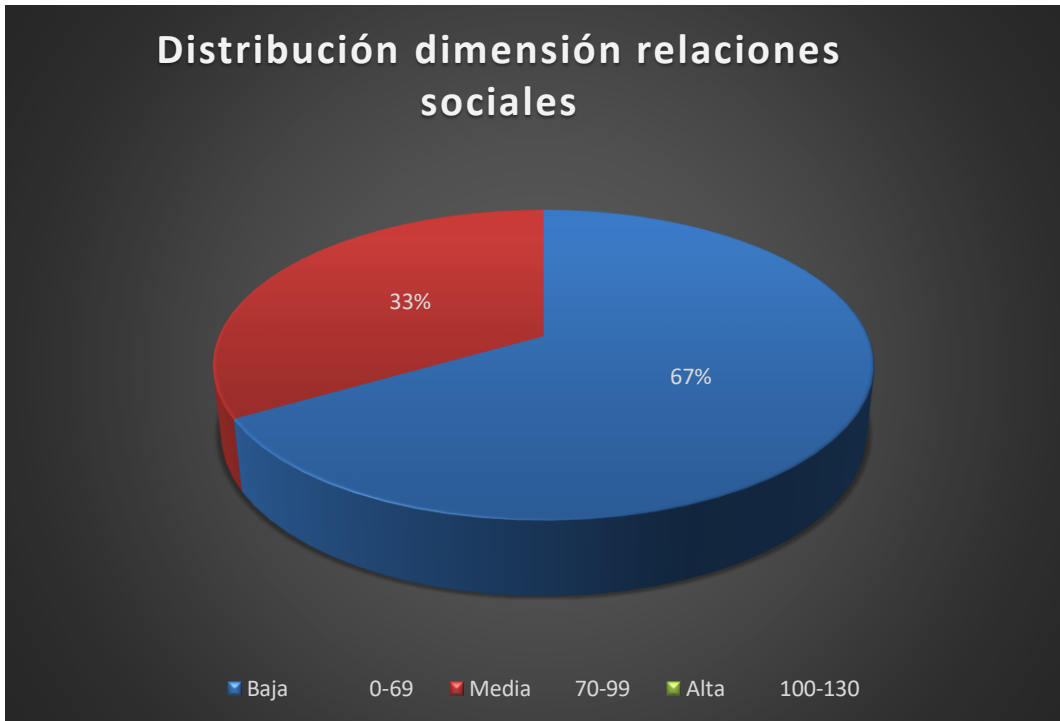


Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 75% presenta una calidad de vida media en la dimensión de salud psicológica y que el 25% tiene una calidad de vida baja. Se puede deducir que el aspecto psicológico tiene mucha relevancia para la valoración de la calidad de vida, como se enfrenta la enfermedad y como las redes de apoyo, tener un cuidador y las creencias religiosas cumplen un rol fundamental en esta área.

Categorización	Relaciones sociales (n)	%
----------------	-------------------------	---

Baja	0-69	8	67
Media	70-99	4	33
Alta	100-130	0	0
Total		12	100

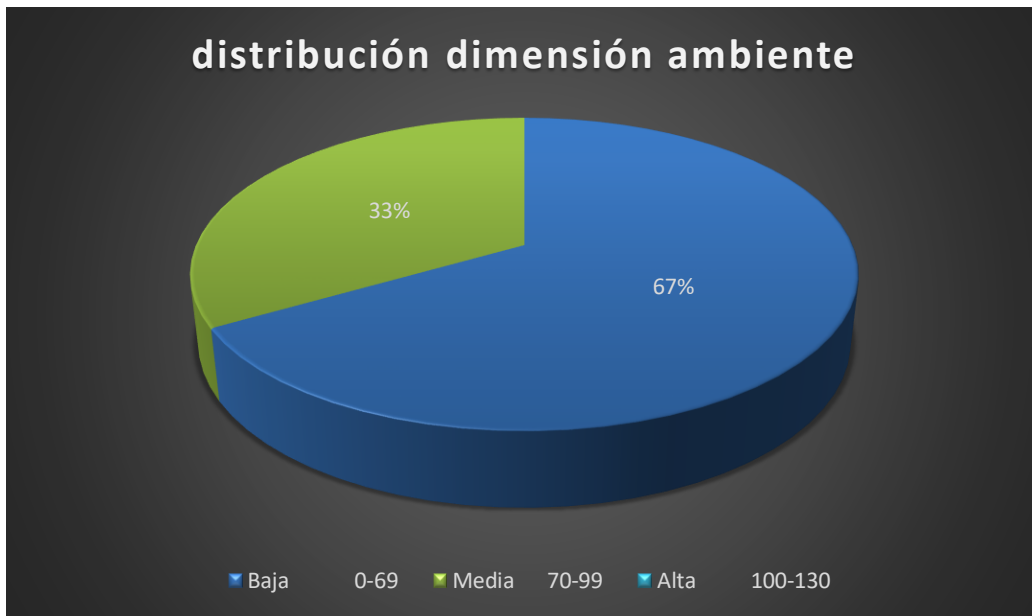


Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 67% presenta una calidad de vida baja en la dimensión relaciones sociales y el 33% tiene una calidad de vida media. En esta dimensión se puede deducir que, debido a la enfermedad y reacciones del tratamiento con quimioterapia, las relaciones sociales e interpersonales van disminuyendo con el paso del tiempo.

Categorización	Ambiente (n)	%
----------------	--------------	---

Baja	0-69	8	67
Media	70-99	4	33
Alta	100-130	0	0
Total		12	100

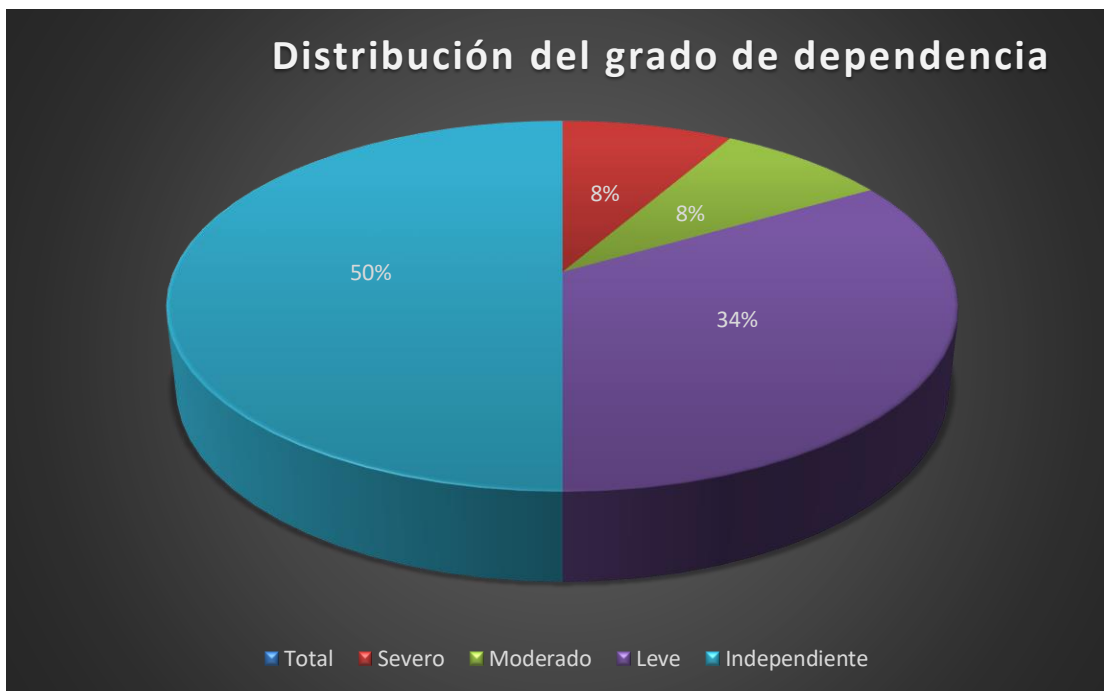


Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 67% presenta una calidad de vida baja en la dimensión ambiente y el 33% tiene una calidad de vida media. Se puede deducir que, la inseguridad día a día va aumentando por la incertidumbre que genera el cáncer, además van disminuyendo las actividades de ocio en un ambiente extrahospitalario. Pero la gran mayoría piensa que se encuentra satisfecho del lugar donde vive, lo que se refleja en el 33%.

TABLA INDICE DE BARTHEL

Resultado	Grado de dependencia	n	%
0-15	Total	0	0
20-35	Severo	1	8
40-55	Moderado	1	8
60-95	Leve	4	34
100	Independiente	6	50
Total		12	100



Ídem tabla 1

El gráfico muestra que de los pacientes entrevistados el 50% es independiente, el 34% presenta dependencia leve, 8% tiene dependencia moderada y severa respectivamente.

RESULTADOS

Al finalizar el estudio “Calidad de vida y dependencia en pacientes oncológicos, Concepción 2018”. Se lograron los siguientes resultados:

- Los resultados de la percepción de la calidad de vida presentada por Fonseca (2013) coinciden con los resultados obtenidos en nuestra investigación mediante el instrumento WHOQOL-BREF. En el estudio anteriormente citado la percepción de la calidad de vida representó el 62% del puntaje máximo, mientras que en la evaluación realizada mediante WHOQOL-BREF arrojó un porcentaje cercano al valor, con un 65%. (implicando un porcentaje de error del 3%).
- Los resultados de las variables sociodemográficas: el 58% de los pacientes oncológicos corresponde a género masculino y 42% al femenino.
- El 42% de los pacientes oncológicos se encuentra entre 54-65 años, 33% entre 42-53 años y el 25% restante está entre 18-29 años.
- El 58% de los pacientes oncológicos está casado, el 25% soltero y el 17% separado.
- El 100% de los pacientes oncológicos es de nacionalidad chilena.
- El 50% de los pacientes oncológicos profesa religión evangélica, el 42% católica y 8% alguna otra.
- El 83% de los pacientes oncológicos tiene educación media completa y el 17% educación básica.
- El 50% de los pacientes oncológicos se encuentra cesante, el 42% está empleado y sólo el 8% se encuentra jubilado.
- El 83% de los pacientes oncológicos residen en zona urbana, mientras el 17% en zona rural.
- El 100% de los pacientes oncológicos cuenta con saneamiento básico completo en la vivienda.
- El 50% de los pacientes oncológicos cuenta con una vivienda de material mixta, el 33% de concreto y el 17% restante de madera.

- El 92% de los pacientes oncológicos presenta como red de apoyo la familia, mientras el 8% sólo dispone del CESFAM.
- El 58% de los pacientes oncológicos cuenta con un cuidador para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, mientras un 42% no presenta.
- El 67% de los pacientes oncológicos percibe su calidad de vida como buena, el 17% muy buena, 8% excelente y el 8% restante la califica como mala.

DISCUSIÓN

La población estudiada pertenece a 12 pacientes oncológicos ambulatorios de la región del Biobío, en la provincia de Concepción, Chile. Según Marcelo Fonseca quien evaluó la calidad de vida en pacientes oncológicos terminales con el instrumento FACT-G se acerca al resultado al resultado que nos entregó el instrumento WHOQOL-BREF (65%) con un margen de error del 3%. Según Ávila que habla acerca del control emocional relacionado al afrontamiento, los resultados obtenidos en nuestra investigación se acercan ya que hay notoria importancia en la salud psicológica por las variables apoyo familiar que alcanza un 92% y 8% por parte del CESFAM. Además el 100% de los pacientes tiene una creencia religiosa, 50% evangélica, 42% católica y 8% otra. Según un estudio que realizó Salas el nivel socioeconómico tiene una directa relación en la calidad de vida, lo que se relaciona en nuestro estudio ya que del total de los pacientes oncológicos entrevistados el 50% está cesante, 42% empleado y 8% jubilado, lo que muestra una calidad de vida media en la dimensión ambiente del instrumento WHOQOL-BREF.

CONCLUSIÓN

Según el perfil sociodemográfico que caracteriza a los 12 participantes del estudio, y mediante la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF que evalúa la calidad de vida, podemos concluir que la calidad de vida de los pacientes oncológicos se encuentra valorada en un 65% con una calidad de vida media.

El grado de dependencia de estos 12 participantes, según la aplicación de la escala de Barthel, nos arroja que el 50% presenta algún grado de dependencia, y que está directamente relacionado con la edad, a mayor edad hay mayor dependencia. La salud psicológica de los 12 pacientes seleccionados según el instrumento WHOQOL-BREF arroja que las redes de apoyo y creencias religiosas componen un factor protector para la calidad de vida de los pacientes oncológicos. En el ámbito socioeconómico según el instrumento aplicado WHOQOL-BREF, en la dimensión ambiente, arroja que es un factor gatillante para la calidad de vida, ya que la mitad de los pacientes entrevistados presentan algún ingreso económico, el 50% se encuentra cesante, el 42% presenta algún tipo de empleo y el 8% se encuentra jubilado.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

La presente investigación evaluó diferentes dimensiones de calidad de vida en el paciente oncológico, sin realizar clasificaciones según los tratamientos propios de cada paciente, tampoco se diferenció al paciente según el cáncer que presentaba, lo cual habría arrojado datos mucho más específicos, si por ejemplo se hubiera evaluado la calidad de vida en el paciente oncológico que recibe cuidados paliativos específicamente, y/o que se encontraran en etapa avanzada del cáncer. Respecto al grado de dependencia del paciente oncológico, se evidencia que está directamente relacionada a la edad del paciente oncológico, a mayor edad hay mayor dependencia, y viceversa, a lo que se le podría haber agregado el estilo de vida que presentaban los pacientes oncológicos antes y durante la evaluación, debido a que el sedentarismo por ejemplo, influiría directamente en la salud física, mantenerse activo es parte del autocuidado, ayudando a la independencia del paciente, y también mejorando su salud psicológica ya que mantener su autonomía y autocuidado, facilita los sentimientos positivos de sentirse realizado, sentirse capaz y útil en la vida. Por lo tanto el hecho de que los pacientes oncológicos tengan algún cuidador, debería ser evaluado detalladamente para saber si realmente es positivos para ellos, o por el contrario los aleja del autocuidado y terminan por depender de otros sin necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Clasificación del dolor crónico*. Obtenido de Asociación Internacional para el estudio del dolor: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
- MINSAL. (2016). *Estrategia Nacional del cáncer*. Obtenido de Ministerio de salud: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
- Juan Ignacio Arraras, Maite Martínez, Ana Manterota y Nuria Laínez. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*. Vol. 1, 87-98.
- Cid, C. (16 de agosto de 2016). Impacto económico del cáncer en Chile. *Medwave*.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de la calidad de vida EORTC. *Psicooncología*, 87-98.
- Padierna Sánchez, C., Fernández Rodríguez, C., & González Menéndez, A. (2002). Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-Ca-AFEX. *Psicothema*, 1-8.
- Llópiz Hernández, Y. (2016). Percepción de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón tratados con la vacuna egf. *Multimed*.
- Valdivieso, M. F., & Zarate, A. (2013). Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. *Revista médica clínica las condes*, 716-721.
- Unidad de Psico-Oncología. Institut Cítala D'Oncología. (2004). INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 1, 211-300.
- Bonilla, M. A. (Julio de 2014). Boletín científico de la escuela preparatoria. Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de Universidad Autónoma de la

escuela de Hidalgo:

<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>

- Berger, E. (16 de Octubre de 2014). Una guía sobre cuidado paliativo o de apoyo . Recuperado el 23 de Mayo de 2018, de American cancer society: https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html#escrito_por
- Diccionario del cancer . (s.f.). Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de Instituto Nacional del cancer : <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/oncologia>
- Real Academia Española.(actualización 2017) Edición del tricentenario <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn>
- Martín, C. H. (2015). *El modelo de virginia henderson en la practica enfermera*. Valladolid.
- Nieves, C. B. (25 de Noviembre de 2014). *Virginia Henderson*. Recuperado el 24 de Mayo de 2018, de Gomerres. Salud, historia, cultura y pensamiento: <http://index-f.com/gomerres/?p=626>
- MINSAL. (8 de Abril de 2014). *MINSAL*. Obtenido de Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de la calidad de vida EORTC. *Psicooncología*, 87-98.
- Cid, C. (16 de agosto de 2016). Impacto economico del cancer en Chile. *Medwave*. Recuperado el 2016, de Medwave: <https://www.medwave.cl>
- Encolombia. (2014). modelo de Adaptación de Callista Roy. *Revista de Enfermería* 16. volumen 4.
- Llópiz Hernández, Y. (2016). Percepción de calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón tratados con la vacuna egf. *Multimed*.

-
- M, t. (2010). ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL- BREF. *calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas basicas.*
 - Padierna Sánchez, C., Fernández Rodríguez, C., & González Menéndez, A. (2002). Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-Ca-AFEX. *Psicothema*, 1-8.
 - Urzua, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. *revista medica de chile.*
 - Valdivieso, M. F., & Zarate, A. (2013). Calidad de vida en pacientes con cancer de recto. *Revista medica clinica las condes*, 716-721.
 - Bravo, L. D. (2013). La entrevista recurso flexible y dinamico. *Metodologia de investigacion en educacion media* .
 - C, M. F. (Agosto 2013). Evaluacion de la calidad de vida en pacientes con cancer terminal. *Articulo de investigacion* .
 - Espinoza, I. (2011). Validacion del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* .
 - Nieves, C. (25 de noviembre de 2014). Virginia Henderson.
 - Drs. Marcelo Fonseca C.1, 3. C. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Santiago, Chile.
 - (Ávila, 2015) en “Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionado al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado”
 - Santamaría, N. P., García, L. E., Sánchez Herrera, B. y Carrillo, G. M. (2016). “Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados.”
 - Salas, C., Grisales. H. (2010) “Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama” en Antioquia, Colombia.
 - Bermudez, C. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. *Enfermería Global*, 294 - 302.
-

- araujo, A. (12 de Marzo de 2014). *Fisioterapia sin Red* . Obtenido de ESCALA BARTHEL: <http://fisioterapiasinred.com/escala-barthel/>.
- Orley, D. J. (1996). WHOQOL-BREF INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT. Geneva, Switzerland.
- Silva, L. L. (2010). Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico,. *Latino-Am. Enfermagem* , 1,3,4.
- San Cristobal Laguna. (2018). Obtenido de ¿Qué es Dependencia?: http://www.aytolalaguna.com/Que_se_entiende_por_Dependencia.jsp

ANEXOS

Consentimiento informado

En este documento se entrega la información necesaria para que usted pueda reconocer el motivo del interés por el cual le ofrecemos participar de este estudio. Cabe mencionar que los cuestionarios será aplicado **por estudiantes de la universidad de las américas que cursan cuarto año de enfermería**. Su **participación es totalmente voluntaria, no existe costos monetarios asociados**, si necesitaremos de su tiempo y colaboración. Para su beneficio, le ofrecemos la entrega de los resultados de los cuestionarios que se le aplicaran, los cuales reflejaran su calidad de vida y dependencia, si es que responde con total sinceridad. A pesar de firmar este documento **usted podrá abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que tenga que dar explicaciones. Los resultados de su evaluación serán utilizados con fines científicos sin dar a conocer su identidad tampoco serán compartidos con terceros.**

El objetivo del estudio es determinar la calidad de vida y dependencia en pacientes oncológicos, en concepción 2018

.....

De acuerdo con la conversación preliminar, se prodece a realizar un cuestionario que evalúa la calidad de vida llamado whoqol-bref (26 preguntas) además del índice de Barthel (10 preguntas) para estimar el grado de dependencia que presentan los pacientes oncológicos, en concepción 2018.

Si usted presentara dudas acerca de estos procedimientos durante las evaluaciones puede consultar a los investigadores en cualquier momento que estime conveniente y las veces que necesite durante el día de su aplicación. **Los cuestionarios se realizarán en una sola oportunidad.**

Yo.....

Rut.....

Fecha.....

Firma de participante

Firma del investigador

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Concepción, 28 de Junio del 2018

Sr (a) Carolina Uribe Santibáñez
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad de las Américas

Junto con saludar, y agradeciendo su disposición y acogida, la Escuela de Enfermería UDLA, solicita, la revisión y, según pertinencia, la autorización posterior, a los Alumnos de 4to año de la carrera, Campus Boldal, para realizar el proceso de aplicación de instrumento, recogida y análisis de datos para su tesis de pregrado.

El proyecto en cuestión lleva por Título Calidad de vida y dependencia en pacientes oncológicos concepción 2018 y su Objetivo General es conocer la calidad de vida y nivel de dependencia de los pacientes oncológicos, Concepción 2018, este es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, cuya finalidad es principalmente académica, teniendo como propósito contribuir en la entrega de conocimientos de cómo es la calidad de vida que enfrentan los pacientes oncológico de la comuna de Concepción, la que a través del enfoque cuantitativo permite tener una visión de las distintas situaciones y factores que generan una mayor calidad de vida en los pacientes oncológicos.

La obtención de esta información se realizará a través del cuestionario de calidad de vida "WHOQOL-BREF" creado por la OMS "The World Health Organization Quality of Life" y también la escala o índice de "Barthel" que mide el grado de dependencia, creado por "Mahoney y Barthel."

Esta investigación contará con las siguientes implicancias éticas:

- 1.- Principios éticos: Beneficencia y No maleficencia
- 2.- Consentimiento Informado; a la muestra de estudio

El resultado de esta investigación es exclusivo de la Escuela de Enfermería UDLA, no obstante, los establecimientos seleccionados que lo deseen podrán tener acceso al material final, en beneficio de su mejora continua. Si el proyecto llegase a terminar para publicación se comunicará y solicitará autorización a cada centro participante.

Los alumnos investigadores son:

NOMBRES	RUT:
1.-Nicolás Amigo Silva	18.149.751-3
2.-Javiera Mena Muñoz	18.857.261-8
3.-Jorge Monsalve Espinoza	17.199.800-K
4.-Priscilla Sanzana Ferreira	18.746.170-7

Sin otro particular, agradecidos de la recepción y, a la espera de una positiva respuesta.
 Se despide cordialmente:

Carolina Uribe Santibáñez
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad de las Américas

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Sexo: Características fisiológicas y sexuales con las que nacen hombres y mujeres.

Estado civil: Estado personal del individuo, es decir; es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país sobre el matrimonio.

Nacionalidad: Condición que reconoce a una persona la pertenencia de un estado o nación, lo que conlleva una serie de deberes y derechos políticos y sociales.

Religión: Creencias religiosas de normas de comportamiento y de ceremonias a las que pertenece un grupo determinado.

Nivel de instrucción: Etapa educativa alcanzada, según la división de la enseñanza Chilena.

Situación laboral: Rol que cumple la persona en cuanto a su capacidad de desarrollar una labor dentro de la sociedad.

Zona de residencia: Refiere del lugar o zona del domicilio a la que pertenece una persona.

Material de vivienda: Refiere de los materiales de construcción, componente de los elementos constructivos y arquitectónicos de una edificación.

Saneamiento básico: Es el mantenimiento y preservación de las condiciones sanitarias y óptimas de: fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano.

Red de apoyo: Estructura que brinda algún tipo de contención a una persona o grupo.

Cuidador: Cuidador familiar se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las actividades básicas de la vida diaria a personas mayores, enfermas o discapacitadas que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas.

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	Definición nominal	Medición	Operacionalización
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa continua	18-29 años 30-41 años 42-53 años 54-65 años 65 y mas.
Género	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen hombres y mujeres.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Estado personal del individuo, es decir, es la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres sobre el matrimonio.	Cualitativa nominal	casado soltero divorciado viudo.
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia de un estado o nación, lo que conlleva una	Cualitativa nominal	Chilena Extranjera

	serie de deberes y derechos políticos y sociales.		
Religión	Creencias religiosas de normas de comportamiento moral y de ceremonias a las que pertenece un grupo determinado.	Cualitativa nominal	Católico evangélico testigo de Jehová, mormón ateo otro.
Nivel de instrucción	Etapas educativas alcanzadas, según la división de la enseñanza Chilena	Cualitativa ordinal	enseñanza básica, enseñanza media, técnico superior enseñanza superior.
Situación laboral	Rol que cumple la persona en cuanto a su capacidad de desarrollar una labor dentro de la sociedad	Cualitativa nominal	empleado cesante jubilado.
Zona de residencia	Refiere del lugar o zona del domicilio al que pertenece una persona	Cualitativa nominal	Urbano rural
Material de la vivienda	Los materiales de construcción son los componentes de	Cualitativa nominal	Madera Concreto Mixta.

	los elementos constructivos y arquitectónicos de una edificación.		
Saneamiento Básico	Es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de: Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano	Dicotómica	Si No.
Red de apoyo	Estructura que brinda algún tipo de contención a una persona o grupo	Cualitativa nominal	Familia iglesia CESFAM Otro.
Cuidador	El término “cuidador familiar” se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria* a personas (mayores, enfermas o	Dicotómica	Si No.

	<p>discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas.</p>		
<p>Calidad de Vida</p>	<p>Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es un complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Pésima Muy mala Mala Buena Muy Buena Excelente.</p>

INDICE DE BARTHEL

Es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

(MINSAL, 2014)

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes					

	preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar	1	2	3	4	5

	en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las					

	siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente	1	2	3	4	5

	dinero para cubrir sus necesidades?					
1 3	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las					

	siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida	1	2	3	4	5

	diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales ?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

2 3	¿Cuán satisfecho está de las condicione s del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experiment					

	ado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en el transcurso del proyecto a nuestro docente Sr. Samuel Riffo Luengo por su colaboración y gestión en la recolección de datos, su buena disposición y tiempo invertido para la realización de esta investigación. Además agradecer a nuestra docente guía Sra. Julia Ramírez Castillo por su apoyo y asistencia durante el año académico. Por último agradecer a los pacientes que participaron de forma voluntaria en la realización de este estudio.