

Calidad de vida en adultas mayores con cáncer relacionado con Determinantes Sociales de la Salud

Quality of Life in Elderly Women With Cancer Related With Social Determinants of Health

Qualidade de vida em mulheres idosas com câncer relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde

Regina Vargas Patana¹, Olivia Sanhueza Alvarado², Luis Luengo Machuca³

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de mujeres con diversos tipos de cáncer de 60 años y más.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo - correlacional. Se aplicó escala de calidad de vida QLQ-C30 y ficha de datos sociodemográficos a 70 mujeres de 60 años y más diagnosticadas con cáncer, de un hospital público, provincia de Concepción, región del Biobío, Chile.

Resultado: El promedio de edad de las mujeres fue 69,9 años (DE=6,8), el cáncer predominante fue el de mama, más del 50% de ellas estaba con tratamiento de quimioterapia y un 72% en etapa avanzada del cáncer (III-IV). La calidad de vida en las escalas de funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social, obtuvo valores sobre 63/100 puntos y en la de salud global sobre 65/100 puntos; los síntomas de dolor y fatiga obtuvieron altos puntajes comparados con otros. Existió relación estadísticamente significativa con 2 Determinantes Sociales Estructurales (educación y ocupación), y con 3 Intermediarios (tenencia y estado de la vivienda, y satisfacción de ingreso).

Conclusión: Los puntajes en la escala de calidad de vida indican una tendencia hacia una buena calidad de vida. Sin embargo, es impactada negativamente por la educación, ocupación, estado de la vivienda y satisfacción con ingresos percibidos. Es necesario enfocarse en estas determinantes sociales en la valoración y cuidado de la mujer adulta mayor con cáncer, para proponer estrategias interdisciplinarias que mejoren efectivamente su bienestar y calidad de vida.

Palabras clave:

Calidad de Vida, Neoplasias, Mujeres, Determinantes Sociales de la Salud, Enfermería.

¹Candidata a Magister en Enfermería. reginavargas25@gmail.com Cel. +56963987248

²Doctora en Enfermería. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. osanhue@udec.cl

³Magister en Estadística. Docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Chile. lluengom@udec.cl

Abstract

Objective: To evaluate the relationship between the social determinants of health and the quality of life of women with various types of cancer aged 60 and over.

Methodology: Quantitative, transversal study, with descriptive-correlational approach. The QLQ-C30 quality of life scale and sociodemographic data sheet were applied to 70 women aged 60 years and over diagnosed with cancer, from a public hospital, Concepción province, Biobío region, Chile.

Result: The average age of the women was 69.9 years (SD = 6.8), the predominant cancer was the breast, more than 50% of them were with chemotherapy and 72% in the advanced stage of the cancer (III -IV). The quality of life in the scales of physical, role, emotional, cognitive and social functioning, obtained values over 63/100 points and in the overall health over 65/100 points; the symptoms of pain and fatigue obtained high scores compared with others. There was a statistically significant relationship with 2 Structural Social Determinants (education and occupation), and with 3 Intermediaries (tenure and housing status, and income satisfaction).

Conclusion: The scores on the quality of life scale indicate a trend towards a good quality of life. However, it is negatively impacted by education, occupation, housing status and satisfaction with income received. It is necessary to focus on these social determinants in the assessment and care of elderly women with cancer, to propose interdisciplinary strategies that effectively improve their well-being and quality of life.

Keywords:

Quality of Life, Women, Neoplasms, Social Determinants of Health, Nursing.

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a qualidade de vida de mulheres com vários tipos de câncer com 60 anos ou mais.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, com abordagem descritivo-correlacional. Escala de qualidade de vida QLQ-C30 foi aplicado e dados sociodemográficos de 70 mulheres com idades entre 60 e mais velhas diagnosticadas com câncer, em um hospital público na província de Concepción, Região Biobío, Chile.

Resultado: A idade média das mulheres era de 69,9 anos (DP = 6,8), o câncer da mama predominante foi mais do que 50% de elas foram com quimioterapia e 72% em estágio avançado de câncer (III -IV). A qualidade de vida nas escalas de funcionamento físico, papel, emocional, cognitivo e social, obteve valores acima de 63/100 pontos e na saúde geral acima de 65/100 pontos; os sintomas de dor e fadiga obtiveram pontuações altas em comparação com outros. Houve uma relação estatisticamente significativa com 2 Determinantes Sociais Estruturais (educação e ocupação) e com 3 Intermediários (estabilidade e status de moradia e satisfação com a renda).

Conclusão: Os escores na escala de qualidade de vida indicam tendência a uma boa qualidade de vida. No entanto, é impactado negativamente pela educação, ocupação, status de moradia e satisfação com a renda recebida. É necessário enfocar esses determinantes sociais na avaliação e cuidado de mulheres idosas com câncer, para propor estratégias interdisciplinares que efetivamente melhorem seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida, Mulheres, Neoplasias, Determinantes Sociais da Saúde, Enfermagem.

Introducción

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

Según el informe de la *Organización mundial de la salud (OMS)*, la esperanza de vida media en el mundo aumentó cinco años entre el 2000 y el 2015, el mayor incremento desde los años sesenta, con lo que la media de vida global se sitúa en los 71,4 años, siendo la mujer más longeva que los hombres. El hecho que las mujeres viven mucho más que los hombres en todos los países y regiones del mundo es evidenciado por la OMS⁽³⁾, ya que a nivel mundial, las mujeres viven por término medio unos cuatro años más que los hombres. En 2011 la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 46 países. Concretamente, la esperanza de vida media entre ellas se sitúa en los 73,8 años, mientras que los hombres no alcanzan los 70, ya que su media es de 69,1 años de vida⁽³⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, el grupo de 60 años y más en 2014 alcanzó un 11,4% (1,7 millones de habitantes) del total de la población⁽⁴⁾. Según los datos del Departamento de Estadísticas e Informa-

ción de Salud de Chile (DEIS) hasta el 2015 la esperanza de vida llegaba a los 79 años, y específicamente en el sexo femenino llegaba hasta los 82 años de vida⁽⁵⁾. Según el estudio de PRB (*Population Reference Bureau*) las proyecciones más actualizadas para el país se publicaron en 2014, donde a nivel de envejecimiento se estima que para el 2025, los adultos de 60 años y más representarán 3,8 millones de habitantes, y para el 2050 llegarán a 7,1 millones de personas⁽⁶⁾.

Según el INE los datos anteriores son el reflejo de una baja tasa de natalidad (15,5 Nacidos Vivos por 100.000 habitantes), y una baja mortalidad (5,4 por 100.000 habitantes)⁽⁷⁾. Estando las causas de mortalidad del grupo de adultos mayores, directamente relacionada con diversas patologías, las más importantes son: enfermedades del sistema circulatorio, tumores malignos y enfermedades del sistema respiratorio⁽⁵⁾.

Por lo anterior, el estudio de la calidad de vida (CV) en pacientes oncológicos adultos mayores reviste gran relevancia, debido a que estos presentan mayores y variados riesgos y vulnerabilidades psicosociales, lo que sumado al dolor y el miedo a la muerte, más los cambios en el estilo de vida derivado del diagnóstico, podrían ocasionarles mayores y graves repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales⁽⁸⁾.

Cambios epidemiológicos del cáncer en Chile

La mortalidad del país por grandes causas ha experimentado una variación importante debido a diferentes orígenes: al aumento en el nivel de las condiciones de vida, al envejecimiento poblacional, a cambios en los estilos de vida y a los avances en la provisión de servicios de salud. En 1960 las enfermedades cardiovasculares y las defunciones por cáncer en conjunto no superaban el 18% del total de defunciones mientras que las enfermedades del sistema respiratorio eran responsables de casi 21%. En la actualidad, esta realidad es a la inversa, las muertes por enfermedades respiratorias dan cuenta de menos del 10% del total de defunciones, mientras que las del sistema circulatorio y cáncer llegan en conjunto al 52%⁽⁹⁾.

Esta realidad no es homogénea a lo largo del territorio chileno, en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique, Antofagasta y Aisén el cáncer pasa a ser la primera causa de muerte. Además, en nueve regiones la tasa de mortalidad por cáncer sobrepasa la del país: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos y Magallanes⁽¹⁰⁾.

La tasa de mortalidad según el tipo de cáncer también ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. En el caso de las mujeres la primera causa de muerte por cáncer en 1990 la ocupaba el cáncer de vesícula, seguido del cáncer de estómago, del cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, cáncer de pulmón y cáncer colorrectal. Desde el 2010 el cáncer de mama está ocupando el primer lugar y el cáncer de vesícula biliar el segundo, manteniéndose el

cáncer de estómago como tercera causa, mientras que el cáncer cérvico-uterino pasa a ocupar el sexto lugar⁽¹⁰⁾.

Según muestran los registros poblacionales de Cáncer en Chile, específicamente en la Región del Biobío, los factores de riesgo ambientales están asociados a las actividades económicas desarrolladas en la región, siendo las principales las industrias relacionadas con el rubro forestal y la agricultura. La *tasa bruta de incidencia* (TBI) para hombres es de 226,7 casos nuevos por 100.000 habitantes y para mujeres, un poco menor, de 203,3 por 100.000 habitantes.

El cáncer en las mujeres según su localización, está representado en primer lugar por el cáncer de mama, con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres, seguido del cáncer de vesícula y vías biliares, con una tasa de 28 por 100.000 mujeres. En tercer lugar está el cáncer de estómago con una tasa de 20,1 por 100.000 mujeres y en cuarto lugar aparece el cáncer de cuello uterino con una tasa de 19,8 por 100.000 mujeres⁽¹¹⁾.

El avance logrado respecto al diagnóstico y tratamiento del cáncer ha sido un factor determinante en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes oncológicos, pero no ha logrado modificar el riesgo de muerte a nivel poblacional. Se estima que un 25% del total de muertes por neoplasias malignas en Chile es prevenible, ya sea por corresponder a tumores susceptibles de prevención primaria (principalmente los cánceres asociados al hábito de fumar), o de pesquisa y tratamiento precoz (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama)⁽¹²⁾.

Metodología

Estudio cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por mujeres diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer, que ingresaron al hospital Las Higueras de Talcahuano durante la gestión 2016. De esta población se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de 70 mujeres, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Comité de Apoyo a la Investigación del Hospital; se consideraron los 7 principios éticos de Ezekiel Emanuel; firmando, cada participante un Consentimiento Informado. Luego mediante una entrevista se aplicó un cuestionario estructurado de datos sociodemográficos, dimensiones del estado de salud y la Escala de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (*EORTC*), QLQ-C30.

Descripción del instrumento: La escala QLQ-C30 de la *EORTC*, es un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en personas con cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas. Está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en 1 escala de calidad de Salud Global, 5 escalas funcionales, 3 escalas de

síntomas y 6 ítems independientes de síntomas e impacto económico, tal como se observa en la tabla 1.

Los valores que se asignan a cada ítem de este cuestionario son entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho). Solo los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100. Los valores altos en el área de estado de Salud Global y áreas de funcionamiento, indican una mejor CV y una mejor funcionalidad respectivamente, mientras que en el área de los síntomas e impacto económico indicarían la presencia de mayor sintomatología asociada al cáncer y mayores problemas económicos respectivamente^(1,3).

Tabla 1. Descripción de QLQ C-30 de la EORTC

ÁREA	ESCALA	Nº DE ÍTEM EVALUADO
Salud Global	Estado de Salud Global	29 y 30
Funcionalidad	Función Física	1, 2, 3, 4 y 5
	Función de Rol	6 y 7
	Función Emocional	21 y 24
	Función Cognitiva	20 y 25
	Función Social	26 y 27
Síntomas	Fatiga	10, 12 y 18
	Dolor	9 y 19
	Náuseas y vómitos	14 y 15
	Disnea	8
	Insomnio	11
	Anorexia	13
	Estreñimiento	16
	Diarrea	17
Impacto económico	Impacto económico	28

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

Para el procesamiento de datos se realizó análisis descriptivo univariado a través de tablas de frecuencias y gráficos (variables cualitativas), y para las variables cuantitativas se describieron con medidas de resumen (medidas de tendencia central y de dispersión). Luego se realizó análisis de la variable Calidad de vida (escala) comenzando con análisis de fiabilidad (consistencia interna global y por dimensiones, a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach), posteriormente análisis descriptivo por ítem y por el valor global de la escala. Luego se realizó análisis bivariado comparando medias con prueba t y ANOVA y para la asociación entre variables cuantitativas u ordinales, se calculó coeficientes de correlación (coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman). Se finalizó con análisis multivariado a través de regresión lineal múltiple. Para los contrastes se consideró significancia del 5%. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS-22.

Resultados

Fueron encuestadas 70 mujeres de 60 años y más con diferentes tipos de cáncer, su edad osciló entre 60 y 87 años, la media fue de 69,9 años (DE=6,8). El 88,6% residía en el área urbana, el 31,4% eran casadas, el 50% cursaron solo la enseñanza básica.

En cuanto a los aspectos clínicos de la muestra, el cáncer que más predomina entre la población encuestada fue el cáncer de mama, seguido del cáncer cérvico-uterino y en tercer lugar el linfoma no Hodgking y cáncer colorrectal. Con respecto a los aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes tenía etapa tumoral avanzada estadio III y IV, siendo el estadio III que obtuvo el 42,9%. El tiempo de

diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la aplicación de la encuesta osciló entre 1 y 95 meses, la media del tiempo de diagnóstico fue de 17,24 meses (DE=19,02). El 52% estaba siendo tratada con quimioterapia (tabla 2).

Los resultados obtenidos por las mujeres de 60 años y más en la Escala de Calidad de Vida (tabla 3), mostró en el estado de Salud Global una media de 65,7 puntos y DE=18,4 en. El área de funcionamiento que obtuvo mejor rendimiento, fue en la Función Cognitiva, y por el contrario las áreas de más bajo funcionamiento fueron la Social, seguido de la Función Física.

Con respecto al área de los Síntomas, se observan los puntajes más altos y por ende los de mayor sintomatología en Dolor y Fatiga. Y el síntoma con más bajo puntaje, corresponde a diarrea.

Los resultados obtenidos de la relación entre la escala de Calidad de Vida con los Determinantes Sociales de la Salud, mostró una relación estadísticamente significativa con 2 Determinantes Estructurales (Educación y Ocupación):

Mostró que al relacionar Calidad de Vida con la Educación, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,017$) entre el área de funcionamiento Físico y la educación, implicando que en las mujeres con ninguna o solo con Educación Básica, su Funcionamiento Físico es más bajo.

Al relacionar Calidad de Vida y Ocupación, se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,042$) con el área de Funcionamiento Emocional, así como también con el área de Impacto Económico ($p=0,031$). Es decir, las mujeres que no eran activas laboralmente, tenían más bajo su funcionamiento Emocional, así como mayor era el impacto económico en la vida de las mujeres.

Tabla 2. Aspectos clínicos de la muestra

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

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

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

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

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

Los promedios son expresados en puntajes de 0 a 100.

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

En el área de síntomas**, a mayor puntaje, mayor sintomatología, mayor impacto en CV

Con respecto a la relación entre los Determinantes Sociales Intermediarios y la escala de Calidad de Vida, se pudo evidenciar una relación estadísticamente significativa con 3 de ellos: Condición de tenencia de vivienda, Estado general de la vivienda y satisfacción con ingreso:

El resultado mostró una diferencia estadísticamente significativa entre estado de Salud Global ($p=0,049$), con el ítem Tenencia de la Vivienda es decir las mujeres que no tenían casa propia son las que percibieron menor estado de Salud global, afectando su Calidad de Vida.

Con respecto al Determinante Intermediario estado General de la Vivienda, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con el estado de Salud Global ($p=0,003$), indicando que las mujeres que percibían No bueno el estado general de su vivienda, tenían un menor estado de Salud Global, es decir menor calidad de vida. También este Determinante Intermediario presentó diferencia significativa con dos áreas de funcionamiento de la Calidad de Vida: El funcionamiento de Rol ($p=0,028$) y el funcionamiento Cognitivo ($p=0,017$), indicando que, al percibir un estado No bueno de la Vivienda, ambos funcionamientos eran menores, disminuyendo así su calidad de vida.

También este Determinante Intermedio presentó una diferencia significativa con 4 síntomas: Dolor ($p=0,009$), Fatiga ($p=0,020$), Disnea ($p=0,022$) y Anorexia ($p=0,013$), indicando que las mujeres que percibieron un Mal estado General de la Vivienda presentaron mayor intensidad de Dolor, Fatiga, Disnea y Anorexia.

En cuanto al Determinante Intermediario Satisfacción de Ingreso, mostró una diferencia estadísticamente significativa con el síntoma Náusea y Vómito ($p=0,036$), es decir las mujeres que estaban satisfechas con el ingreso económico

que recibían, presentaron más Náusea y Vómito que las mujeres que si estaban satisfechas con su ingreso económico.

Discusión

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

En cuanto a los aspectos clínicos de la población femenina de la muestra de este estudio, el cáncer que más predominó, fue el de mama. Informes del *Ministerio de salud de Chile (MINSAL)* muestran que el principal cáncer en mujeres en la región del Biobío es el de mama con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres⁽¹¹⁾.

En cuanto a los aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes estaba en etapa tumoral avanzada estadio III y IV. Más de la mitad de las encuestadas estaba siendo tratada con quimioterapia y un porcentaje menor estaba con radioterapia. Cabe resaltar que los pacientes mayores de 60 años que presentan esta patología, por las modificaciones que sufre el cuerpo humano a causa del envejecimiento van a diferir del resto, es decir los daños a órganos cercanos o efectos secundarios del tratamiento se verán más afectados⁽¹⁴⁾.

En relación a la medición de la calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer, los resultados del estudio muestran que la CV Global fue de 65,7 puntos ($DE=18,4$), levemente alta considerando que el valor de referencia del estudio realizado por la EORTC es de 61,3 puntos ($DE=24,2$) (13). Sin embargo, resultó ser

inferior comparado al estudio realizado en Santiago de Chile, por *Irarrázaval et al* (15) en 2016, utilizando también el QLQ-C30, cuyo resultado de CV Global fue de 73,6 puntos (DE=18,2). Las diferencias con el presente estudio es que se trabajó con un grupo específico de edad, de 60 años y más. En cambio, *Irarrázaval*, trabajó con una población adulta, desde los 38 hasta los 83 años, donde probablemente los puntajes obtenidos por las mujeres de menor edad hacen la diferencia en los puntajes. Se puede comparar el presente resultado de CV Global con el estudio de *Cruz et al*(16), el cual obtuvo un puntaje similar, menor de 60 puntos (DE=9,3), este puntaje se podría atribuir a que los sujetos en ese estudio eran de ambos sexos, con distintos tipos de cáncer, en que un 45 % estaba hospitalizado, con un rango de edad de 57 a 64 años y un tamaño de la muestra de 40 persona.

Por otra parte el estudio realizado en Colombia por *Castillo et al*(17), muestra un resultado de CV global muy diferente a los anteriores, de 57,9 puntos (DE=12,5), la diferencia probablemente se debe a que en ese estudio se trabajó con mujeres de edad adulta con un promedio de edad de 41,3 años, edad mucho menor al promedio de la presente investigación.

Con respecto al resultado de la escala de CV, en relación al área de Funcionamiento, los que menor puntaje muestran son: funcionamiento social con una media de 63,8 (DE=27,7), seguido del funcionamiento físico con una media de 65,7 (DE=18,4), siendo estas, las que más afectan la calidad de vida de las mujeres de la muestra. Esto coincide con lo descrito por *Castillo et al*(17), donde las mismas variables tuvieron un comportamiento similar, siendo el funcionamiento social, así como el funcionamiento físico los que afectaron más la calidad de vida de las mujeres.

En cuanto al área de los síntomas de la escala de CV, se observa que los síntomas con puntaje más alto son: Dolor con una media de 46,7 (DE=26,1), seguido de Fatiga con 43,7 (DE=23,7), siendo estos dos síntomas los que más afectan la calidad de vida de las mujeres en este estudio. Es así como lo describe *Irarrázaval et al*(15), donde los síntomas Insomnio, Dolor y Cansancio fueron los síntomas con mayor relevancia frente al resto. Al mismo tiempo describe que los estudios de Fatiga relacionados al cáncer son de etiología incierta aunque se postule un origen multifactorial, combinando condiciones derivadas de patología, alteraciones psicológicas, y otros problemas causados en el sistema inmunológico(15).

Se evidencia que el Dolor y la Fatiga son síntomas de gran relevancia en el diagnóstico de cáncer. En este sentido la *Teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables*, de Lenz y cols(18), se enfoca directamente con el síntoma Dolor, considerándose un indicador de cambio, que será percibido en el funcionamiento normal de las personas. Ya *Sanhueza y cols*(19) en 2007 en Chile, confirmaron estadísticamente que el dolor era el síntoma que influía negativamente en la CV. Según la teoría de los síntomas desagradables, los factores que lo influirían serían fisiológicos, psicológicos y situacionales.

Uno de los estudios que validan la importancia de la teoría de los síntomas desagradables, es el estudio de *Espinoza y col*(20), que refiere que el control de síntomas cobra primera importancia en el campo de los cuidados paliativos en personas con diagnóstico de Cáncer, ya que los síntomas más frecuentes que manifiestan estos pacientes son dolor, náuseas, fatiga, disnea, entre otros. Así mismo describe que esta teoría orienta la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la

experiencia de síntomas que están directamente relacionadas a la calidad de vida de las personas, y la experiencia de síntomas.

Con respecto a los resultados obtenidos mediante el análisis descriptivo de la distribución de las determinantes sociales de la salud, se observa que el 50% solo cursó la enseñanza básica y el 4,3% nunca recibió educación escolar. El 70% era jubilada y/o pensionada, el ingreso económico mensual del 57,1% fue de 101.000 a 200.000 pesos chilenos por mes, el 70% no estaba satisfecha con los ingresos recibidos. Por los resultados obtenidos se puede decir que más del 50% de la muestra era de estatus socioeconómico bajo. *De la Torre et al*⁽²¹⁾ describen que el grupo de los determinantes estructurales (educación, ocupación e ingreso económico) serán quienes determinen la posición socioeconómica de grupos sociales, entendiendo que el nivel educativo influye en la ocupación y esta última en el ingreso. El resultado de este estudio muestra que la calidad de vida está relacionada con los determinantes estructurales, ya que se observa una relación estadísticamente significativa en Educación y Funcionamiento Físico ($p=0,017$), también se observa una relación entre Ocupación y Funcionamiento Emocional ($p=0,042$) así también con el impacto económico ($p=0,031$).

El grupo de los determinantes intermediarios es importante destacar que son los determinantes que afectan la salud, en menor o mayor grado, dependiendo de la posición social, la cual determinará la vulnerabilidad del individuo ante los daños de la salud⁽²¹⁾.

Por lo cual los resultados de este estudio evidencian que existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y determinantes Intermediarios en: Tenencia de la vivienda y el Estado de Salud Global ($p=0,049$), también

Estado general de la vivienda y distintas áreas de la CV como: Estado de Salud Global ($p=0,003$), Funcionamiento de rol ($p=0,028$), Funcionamiento cognitivo ($p=0,017$), y en el área de los síntomas se relaciona con: Fatiga (0,020), Dolor ($p=0,009$), Disnea ($p=0,022$) y Anorexia ($p=0,013$). Con estos resultados se evidencia que hay una vulnerabilidad en el estado de salud de las mujeres con cáncer, y a su vez impacta sobre su calidad de vida de forma negativa.

Conclusiones

Se comprobó la relación estadísticamente significativa entre algunas áreas de funcionamiento de la calidad de vida y los determinantes estructurales e intermediarios de las mujeres, tales como: educación, ocupación, estado de la vivienda y satisfacción con los ingresos percibidos. Es decir, en mujeres adultas mayores diagnosticadas con cáncer se pudo evidenciar en este estudio, que su calidad de vida sí se ve alterada por algunos de los determinantes sociales de la salud.

Si se considera el sexo y la edad de las participantes de este estudio, y la respuesta que la mayoría de este grupo etario dio a las preguntas generales número 29 "Percepción del Estado de Salud", y número 30 "Percepción de Calidad de Vida", se aprecia que fue en la categoría 5 (de 1: pésima a 7: excelente). Esto llama la atención dado que ambas preguntas configuran el "Estado de Salud Global" dando a entender que la percepción de las mujeres se orienta a una percepción más positiva de su salud y de su calidad de vida. Ambas respuestas pueden corresponder a una percepción de confiabilidad que tienen las mujeres adultas sobre el tratamiento de su enfermedad, la que está siendo controlada,

con un tratamiento suministrado en forma adecuada y regulada por un Servicio de Salud por el cual no deben pagar y que satisface enteramente sus requerimientos.

Los pacientes oncológicos, solo por su diagnóstico son más vulnerables y los síntomas en ellos se ven acentuados, en especial el Dolor como se evidenció en este estudio, comprobado en diversas investigaciones como el síntoma que más afecta la calidad de vida de las personas. Por lo mismo es importante valorarlo en las mujeres adultas mayores, por su impacto directo en la calidad de vida.

La teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables contribuyó a dar fundamento a los resultados, aumentando en este caso la comprensión de la experiencia de los síntomas de las mujeres y su contexto, al identificar que las mujeres con menor satisfacción por su vivienda tenían menor calidad de vida; y que los síntomas de Dolor y Fatiga presentaron los más altos puntajes en el área de los síntomas en la escala QLQ-C30, informando del impacto en la calidad de vida percibida por las mujeres; información que debiera ser utilizada para el “diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos”. Esta teoría constituye una herramienta útil para ser aplicada en los servicios de oncología. Su uso en el ámbito de la investigación aplicada en el cuidado de enfermería aún es poco conocido, por lo que se hace necesario trabajar en base a ella para lograr la inclusión en este terreno.

La disciplina de Enfermería ha logrado importantes avances en el ámbito de investigación, sin embargo, en el área asistencial en general aún persisten barreras estructurales y de gestión que dificultan la aplicación de teorías y escalas para una adecuada valoración de los pacientes.

Los resultados de esta investigación cobran importancia desde el punto de vista de la evidencia, ya que los mismos podrán apoyar el cuidado integral de las mujeres adultas con cáncer; también debiera permitir un trabajo interdisciplinario entre los profesionales de salud, en especial para dar más énfasis en estas determinantes sociales (menor nivel de educación y ocupación o en que las condiciones de vivienda e ingreso estén deterioradas) en la valoración y cuidado de estas mujeres, para proponer estrategias que mejoren efectivamente su bienestar y calidad de vida.

Se recomienda para futuros estudios en la misma línea de investigación, considerar un tiempo mayor para la recolección de datos, tomando en cuenta que el grupo etario de adultos mayores es de complejo acceso tanto por su vulnerabilidad en salud como por los aspectos psicosociales que presentan.

Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía. Santiago: CEPAL; 2017.
2. Ferrada Mundaca L, Zavala Gutiérrez M. Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Cienc. enferm.* [Internet] 2014; 20(1):123-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100011&lng=es [consulta: 22 may 2017].
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> [consulta: 3 ago 2017].
4. Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio Estadístico. Santiago: INE; 2017.
5. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud. Indicadores básicos de salud Chile 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf> [consulta: 12 mar 2017].
6. Population Reference Bureau. Cuadro de datos de la población mundial 2014 [Internet]. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2015/2014-world-population-datasheet-sp.aspx> [consulta: 29 abr 2017].
7. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. p. 181. [Internet]. 2011. Disponible en: www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf [consulta: 20 mar 2017].
8. Salas ZC, Grisales RH. El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Salud Uninorte* 2010; 26(1):134-42.
9. Chile. Ministerio de Salud. Informe final: Estudio de carga enfermedad y carga atribuible. [Internet]. 2008. Disponible en: www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/.../File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf [consulta: 5 feb 2017].
10. Itriago GL, Silva IN, Cortes FG. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet] 2013; 24(4):531-552. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/.../PDF%20revista%20médica/2013/.../1_Dra.-Laura-It [consulta: 28 ene 2017].
11. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Cáncer. [Internet]. 2016. Disponible en: web.minsal.cl/wp-content/.../Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf [consulta: 30 mar 2017].
12. Sarabia Cobo CM. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* [Internet] 2009; 20(4):172-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es [consulta: 11 may 2018].
13. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M, et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. 2nd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group; 2008.
14. González Calzadilla ME, Céspedes Quevedo MC, González Calzadilla I, Infante Carbone MC, Vinent Céspedes AM. Reacciones adversas al tratamiento radiante en el adulto mayor con cáncer. *MEDISAN* [Internet] 2015; 19(1):18-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100004&lng=es [consulta: 3 ago 2017].

15. Irarrázaval ME, Kleinman P, Silva RF, Fernández González L, Torres C, Fritis M, et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev. méd. Chile* [Internet] 2016; 144(12):1567-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200008&lng=es [consulta: 15 mar 2017].
16. Cruz Bermúdez HF, Moreno Collazos JE, Angarita Fonseca A. 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* [Internet] 2013; (30):294-302. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/160351/146771> [consulta: 12 jul 2017].
17. Castillo Avila I, Canencia Padilla J, Zurbarán Lamadrid M, Pertuz Cantillo D, Montes Padilla M, Jiménez Chacón M. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colomb Obstet Ginecol* [Internet] 2015; 66(1):22-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n1/v66n1a03.pdf> [consulta: 22 jul 2017].
18. Lenz E, Pugh L. Theory of unpeasant symptoms. In: Smith M, Liehr P, ed. *Middle range theory for nursing*. 2nd. ed. New York: Springer; 2008. p. 159-83.
19. Sanhueza O. *Calidad de Vida de usuarios del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos*. Santiago de Chile: MINSAL; 2007. p.6.
20. Espinoza Venegas M, Valenzuela Suazo S. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. *Rev Cubana Enferm* [Internet] 2011; 27(2):141-50. <https://doaj.org/article/1c4659b35bdb420c967302fafee3514a> [consulta: 22 jul 2017].
21. Torre-Ugarte-Guanilo MDL, Oyola-García A, Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet] 2014; 18(1):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002> [consulta: 12 mar 2017].

Recibido: 20180608

Aceptado: 20180628