

EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE EL CURSO DE LA RADIOTERAPIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alumnas que han participado y presentan el trabajo:

Laura Hernández Hernández

Vieraea Lucía Acosta

Tutor: Luis Fernando Otón Sánchez

Co-tutora: Raquel Gómez Delgado (Psicooncóloga AECC)

Co-tutor: Alejandro Jiménez Sosa

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Medicina

Servicio de Oncología Radioterápica

Hospital Universitario de Canarias

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 DIMENSIÓN DEL CÁNCER	5
1.2 TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON RADIOTERAPIA	5
1.3 SINTOMATOLOGÍA PSICOAFECTIVA, CÁNCER Y RADIOTERAPIA .	6
1.4 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE ONCOLÓGICO	8
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	10
2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS	10
2.3 HIPÓTESIS	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 SELECCIÓN DE PACIENTES	11
3.1.1 Criterios de inclusión	11
3.1.2 Criterios de exclusión	11
3.1.3 Criterios de retirada	11
3.2 CUESTIONARIOS	12
3.2.1 Cuestionario STAI (State Trait Anxiety Inventory):	12
3.2.2 Cuestionario FACT-G:	12
3.2.3 Cuestionario de Satisfacción con la Comunicación:	12
3.3 RECOGIDA DE DATOS	13
3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
4. RESULTADOS	15
4.1 ESTADO BASAL. RESULTADOS PRIMERAS ENCUESTAS	15
4.2 COMPARACIONES EVOLUTIVAS: ANSIEDAD, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN	16
4.2.1 Comparación de los niveles de ansiedad (estado y rasgo) antes y después. Evolución de la ansiedad	16
4.2.2 Comparación de la calidad de vida antes y después. Evolución de la calidad de vida	17
4.2.3 Comparación del grado de satisfacción con la comunicación antes y después. Evolución del grado de satisfacción con la comunicación	17
4.3 RELACIONES ENTRE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA	18
4.3.1 Relación entre calidad de vida (global) y ansiedad estado/rasgo	18

4.3.2 Relación entre ansiedad estado y factores influyentes en calidad de vida (antes y después)	19
4.3.3 Relación entre ansiedad rasgo y factores influyentes en calidad de vida (antes y después)	19
4.4 RELACIÓN ENTRE VARIABLES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA (ESTADO FÍSICO, AMBIENTE SOCIAL, ESTADO EMOCIONAL, FUNCIONAMIENTO PERSONAL)	20
4.5 SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y LA CALIDAD DE VIDA	21
4.5.1 Relación entre ansiedad estado y satisfacción con la comunicación (antes y después)	21
4.5.2 Relación entre ansiedad rasgo y satisfacción con la comunicación (antes y después)	22
4.5.3 Relación entre calidad de vida (global) y satisfacción con la comunicación (antes y después)	22
4.5.4 Relación entre estado físico y satisfacción con la comunicación (antes y después)	22
4.5.5 Relación entre ambiente social y satisfacción con la comunicación (antes y después)	22
4.5.6 Relación entre estado emocional y satisfacción con la comunicación (antes y después)	23
4.5.7 Relación entre funcionamiento personal y satisfacción con la comunicación (antes y después)	23
4.6 RELACIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS CON NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	24
4.6.1 Comparación por géneros del nivel de ansiedad y calidad de vida	24
4.6.2 Comparación por edad del nivel de ansiedad y calidad de vida	24
4.6.3 Correlación entre uso de psicofármacos y nivel de ansiedad/calidad de vida.....	24
5. DISCUSIÓN	24
6. CONCLUSIONES	27
6.1 Limitaciones.....	28
7. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DURANTE ESTE TFG?	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	33

RESUMEN

Contexto

Se conoce que el tratamiento con radioterapia puede conllevar niveles moderados-altos de ansiedad, pero existe poca evidencia científica sobre este síntoma, sus características y su evolución en los pacientes que se someten a este procedimiento.

Hipótesis y objetivos

Según nuestra hipótesis, la ansiedad previa a la primera sesión será mayor y debería disminuir con el avance de las sesiones. También creemos que la satisfacción del paciente respecto a la comunicación con su médico puede influir en sus niveles de ansiedad. Además, estudiaremos qué influencia tiene la calidad de vida en la ansiedad de nuestros pacientes.

Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio prospectivo longitudinal entrevistando a los pacientes en dos tiempos: antes de su primera sesión de radioterapia (n=36), y entre los días 5-10 de tratamiento (n=30). Los cuestionarios empleados fueron: STAI AE/AR, FACT-G y Cuestionario de Satisfacción con la Comunicación.

Resultados

Se produjo un empeoramiento en los niveles de ansiedad rasgo y en la calidad de vida. Además, hemos encontrado gran cantidad de correlaciones entre los elementos involucrados en nuestro estudio, especialmente entre los dos aspectos ya mencionados. La satisfacción con la comunicación con el médico se mantuvo en valores elevados. Aun así, la percepción de esta variable como muy buena no parece prevenir la ansiedad.

Conclusiones

La ansiedad del paciente en curso de radioterapia no desciende, sino que aumenta con el número de sesiones. Además, la ansiedad se correlaciona de forma inversa con la calidad de vida del paciente y con su satisfacción con la comunicación con su médico, pero estos factores no siempre son determinantes.

ABSTRACT

Background

It is known that treatment with radiotherapy can lead to moderate-high levels of anxiety, but there is little scientific evidence on this symptom, its characteristics and its evolution in patients undergoing this procedure.

Objectives and purposes

According to our hypothesis, the anxiety prior to the first session will be greater and should decrease with the progress of the sessions. We also believe that patient satisfaction regarding communication with his/her doctor can influence anxiety levels. In addition, we will study the influence of quality of life on the anxiety of our patients.

Material and methods

We conducted a prospective longitudinal study by interviewing patients in two stages: before their first radiotherapy session (n = 36), and between days 5-10 of treatment (n = 30). The questionnaires used were: **STAI** (*State Trait Anxiety Inventory*), **FACT-G** (*Functional Assessment of Cancer Therapy*) and **Q-CS** (*Satisfaction with Communication Questionnaire*).

Results

There was a worsening in trait anxiety levels and quality of life. In addition, we have found a large number of correlations between the elements involved in our study, especially between the two aspects already mentioned. Satisfaction with medical communication showed persistently high values. Nevertheless, a perception of a very good oncologist-patient communication does not seem to prevent anxious symptoms.

Conclusions

Anxiety in patients undergoing radiotherapy doesn't decrease but increases with the course of sessions. Also anxiety inversely correlates with the quality of life of patients and their satisfaction with communication with their doctor, but these factors are not always determinant.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, radioterapia, comunicación médico-paciente, calidad de vida, comunicación no verbal.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DIMENSIÓN DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad con incidencia creciente debido al aumento de la esperanza de vida. En el año 2012 se registraron un total de 14,1 millones de casos nuevos de cáncer, y 8,2 millones de muertes producidas por cáncer en todo el mundo [1]. Constituye la primera causa de mortalidad en España después de las enfermedades cardiovasculares. Cada año mejora la supervivencia, pero esto no logra compensar el aumento de la incidencia, y las previsiones apuntan a un crecimiento aún mayor de la prevalencia. En general, como las poblaciones más envejecidas se encuentran en los países occidentales y el cáncer es más frecuente en este sector de población, los países desarrollados son los que presentan la mayor tasa de incidencia, aunque también afecta a países con menos recursos: la tasa de mortalidad por cáncer es mayor en países subdesarrollados debido a la escasez de recursos sanitarios para tratarlo.

En definitiva, el cáncer es una prioridad en los recursos sanitarios y en la educación médica.

Se trata de una patología temida debido a su origen, desconocido en gran parte, y a su evolución incierta, si bien cada vez se conoce más acerca de los genes implicados y de sus posibles causas. Se concibe como un proceso grave debido a su elevada mortalidad, si bien esto depende del tipo de cáncer. A este factor se le suma el temor a los efectos secundarios de los tratamientos empleados, que en ocasiones pueden resultar muy agresivos, pero es conveniente aclarar que estos son cada vez menores en número y en gravedad.

1.2 TRATAMIENTO DEL CÁNCER CON RADIOTERAPIA

El cáncer requiere tratamientos complejos entre los cuales está la radioterapia (RT). Actualmente contamos con cinco herramientas básicas que conforman las bases de la terapia contra el cáncer: cirugía, RT, quimioterapia, hormonoterapia y terapias biológicas, siendo las tres primeras los tratamientos clásicos y los que todavía encabezan las tasas de curación más altas. Aproximadamente el 50% de pacientes oncológicos deben recibir radioterapia, aunque se trata de una estimación (para algunos países se considera un rango de entre 20-55%) [2].

El estudio y empleo en la práctica clínica de la RT es llevado a cabo en la especialidad médica de Oncología Radioterápica, que además posee un ámbito de actividades quirúrgicas.

La RT se basa en el uso de las radiaciones ionizantes dirigidas al tumor para destruirlo, reducir su tamaño o enlentecer su crecimiento. Este tipo de terapia se divide en sesiones en las que el paciente recibe una determinada dosis de radiación que dependerá del tipo de tumor y del objetivo terapéutico (intención curativa, complementaria o paliativa).

Con respecto a la administración del tratamiento, la radioterapia se caracteriza por el fraccionamiento. Fraccionar las dosis de radiación va a favorecer la acción antitumoral y la recuperación de los tejidos sanos (permitiendo la reparación y repoblación de los mismos), lo que se traduce en una mayor eficacia terapéutica y menos efectos secundarios.

De este modo, la duración del tratamiento puede variar entre una dosis única en un solo día hasta tratamientos que se prolongan varias semanas (generalmente con una sesión por día, o en otros casos, separadas entre sí por más días según las necesidades de algunos pacientes).

El paso de un paciente por el Servicio de Oncología Radioterápica consta de varias etapas. En primer lugar, se cita al paciente en consulta, donde se le explica en qué va a consistir el tratamiento, y se obtienen las imágenes necesarias para planificarlo (principalmente mediante combinación de PET y TAC). A continuación, se planifica el tratamiento sobre estas imágenes (volúmenes tumorales, órganos de riesgo, dosificación, etc.), y una vez aprobado el plan terapéutico, se inician las sesiones. Durante el tratamiento será necesario realizar controles clínicos y de imagen para verificar que se está aplicando adecuadamente, y para valorar posibles efectos secundarios derivados de la radiación. Una vez finalizado el tratamiento, se realiza seguimiento clínico al paciente para valorar la respuesta y los posibles efectos adversos por toxicidad tardía.

1.3 SINTOMATOLOGÍA PSICOAFECTIVA, CÁNCER Y RADIOTERAPIA

Para los pacientes oncológicos, enfrentarse a la radioterapia puede conllevar altos niveles de ansiedad y depresión ^[3, 4, 5, 6]: cerca de la mitad de los afectados por cáncer reúnen criterios de trastornos de ansiedad, y entre el 15-25% padecen depresión ^[6]. De esta manera, se puede concluir que los trastornos psicopatológicos más comunes entre los pacientes en curso de RT son, en primer lugar, la ansiedad, seguida de los trastornos de adaptación y la depresión ^[7].

Este estado de distrés emocional parece inherente a la comunicación del diagnóstico de cáncer, una situación que obliga a los pacientes a tomar decisiones rápidas sobre su salud

mientras experimentan todavía una reacción afectiva intensa ^[8, 9]. Esta realidad hace que parezca necesario tomar medidas para reducir el sufrimiento emocional ^[5, 10].

En casos concretos, como es el cáncer de mama, un estudio ^[11] demuestra que aproximadamente el 30% de los pacientes presentan miedo e importantes niveles de ansiedad antes de comenzar el tratamiento con RT. Además, este estudio muestra que estas pacientes tienen una gran necesidad de información y que sus niveles de ansiedad no disminuyen de manera significativa hasta el comienzo del tratamiento; otro estudio ^[7] afirma además que todos estos trastornos psicoafectivos que se manifiestan en pacientes oncológicos mejoran significativamente una vez finalizado el tratamiento.

En el paciente oncológico influyen múltiples factores para la aparición de la ansiedad, como el estadio de la enfermedad, sus síntomas, el tratamiento del dolor, la calidad de vida, las recurrencias o la progresión de la enfermedad, la posible mortalidad, la incertidumbre a la que se enfrenta el propio paciente, su personalidad...; y la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos se asocian, a su vez, con alteraciones del sueño, disminución del apetito, mayor expectativa de dolor y escasa adherencia al tratamiento, lo que podría conducir a progresión del tumor y, en definitiva, a mayor mortalidad. ^[4]

Se conoce que los pacientes, por norma general, cuentan con escasa información acerca de la RT y de sus efectos secundarios antes de someterse al tratamiento. Hay estudios en los que los pacientes afirman que tienen dificultades comprendiendo, por ejemplo, la diferencia entre quimioterapia y radioterapia, o entre tratamiento curativo y paliativo ^[9]. Por ello, es común que los pacientes formulen preguntas que incluyen las razones por las que se les ha recomendado esta opción para tratar su enfermedad, en qué consiste la terapia, cuáles son los efectos adversos, y quién es el personal sanitario que se encargará de brindarle el tratamiento. Del mismo modo, desearán conocer más información sobre el plan de tratamiento y sobre cómo se desarrolla el procedimiento.

El primer día de tratamiento con RT se relaciona con altos niveles de ansiedad, lo que puede justificarse debido al desconocimiento de la terapia o incluso al ambiente al que el paciente se enfrenta en la sala del tratamiento (sensación de aislamiento dentro del acelerador, no familiarización con la maquinaria de RT...) ^[12]; pero si la información se comunica de manera efectiva, estos niveles de ansiedad se reducirán ^[13].

Es habitual que los niveles de ansiedad de los pacientes no disminuyan hasta que se inicia el tratamiento. Por este motivo es fundamental preparar apropiadamente al paciente,

proporcionándole la información necesaria y comunicándola de manera adecuada [11]. De hecho, algunos estudios sugieren que los pacientes oncológicos pueden requerir no solo información relacionada con su situación clínica, sino también un soporte emocional adecuado que les permita asumir y gestionar mejor su diagnóstico [6]; es decir, el apoyo emocional por parte del médico influye positivamente en la percepción positiva de los pacientes sobre la comunicación y sobre la satisfacción con la asistencia (esto parece intensificarse especialmente en ancianos) [14].

El estudio de Mackenzie sugiere que la mayoría de los pacientes oncológicos desean poder hablar con su médico de Atención Primaria o su oncólogo sobre la ansiedad y depresión; del mismo modo, la mitad de los pacientes del estudio refirieron tener niveles de ansiedad, y un tercio niveles de depresión que les resultaban preocupantes. Hasta el 60% de los pacientes manifestaron que, si se sintieran ansiosos o deprimidos, querrían hablar sobre ello con su médico [15].

1.4 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE ONCOLÓGICO

Durante la primera semana de tratamiento con RT, los pacientes de un estudio estuvieron de acuerdo en que la interacción y comunicación médico-paciente son importantes en su satisfacción [16].

La comunicación es, por tanto, un pilar necesario en el tratamiento del paciente oncológico [17, 18], y para que esta sea efectiva, hay que contar con su confianza (entendiendo como confianza una aceptación positiva de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente, y la consideración de que el médico presenta preocupación por los intereses del paciente y busca lo mejor para él) [17].

La confianza del paciente en su oncólogo es fundamental a la hora de afrontar el tratamiento, si bien no se sabe exactamente de qué manera influye la comunicación en este aspecto. El estudio de Hillen evaluó la influencia que ejercían tres elementos de la comunicación sobre la confianza: el cuidado, la honestidad y la competencia. Los datos de este estudio objetivan que la expresión de estos elementos por parte del oncólogo resulta en un aumento significativo de la confianza que el paciente deposita en él, siendo el cuidado el que mayor peso tiene. Además, expresar honestidad y atención también supone un incremento en las expectativas de éxito del tratamiento, así como en las posibilidades de recomendar a su oncólogo. Es decir, los pacientes con cáncer confían más en el oncólogo

que, a su percepción, se muestra clínicamente competente, honesto a la hora de dar la información y que centra la comunicación en el paciente [17].

Las habilidades de comunicación del facultativo a la hora de explicar el procedimiento a seguir pueden influir positiva o negativamente en la percepción del paciente sobre el tratamiento de su enfermedad [11,17], así como el lenguaje empleado [19]. El uso de un lenguaje técnico y conceptos médicos no aclarados para explicar la información pueden llevar a la falta de entendimiento y a la malinterpretación [13], por lo que la claridad con la que el médico transmite la información al paciente es crucial.

Por otro lado, los aspectos no verbales de la comunicación (como el contacto visual, la postura y la sonrisa, los gestos o el tono de voz) pueden ayudar a que el paciente recuerde y comprenda mejor la información, esté más satisfecho, tenga menos ansiedad, aumente su confianza en su médico y cumpla mejor el tratamiento [20,21]. Es por esto que la comunicación no verbal es un componente importante en la interacción médico-paciente oncológico [21].

En los últimos años, muchos estudios indican que una comunicación deficiente entre médico y paciente puede llevar a la aparición de incertidumbre, negación, ansiedad, depresión, incumplimiento terapéutico y puede suponer una adaptación psicológica inadecuada a la enfermedad [22]. Es decir, la falta de información de los pacientes, que generalmente se debe a una comunicación insuficiente o inadecuada con el médico, puede derivar en un aumento de la ansiedad del paciente hacia su tratamiento y en que el paciente se plantee un concepto exacerbado y, a menudo, erróneo de su enfermedad. Además, conducirá a que pierda la confianza en el personal sanitario, a que sienta que no tiene control sobre su enfermedad y, en los casos más extremos, podría llegar a provocar que el paciente rechazase el tratamiento. Por tanto, la confianza del paciente en su oncólogo es fundamental a la hora de afrontar el tratamiento [17].

La comunicación pobre, escasa y que incluso pueda llegar a hacer sentir al paciente como un elemento más del engranaje terapéutico, llevándolo a la deshumanización, le llevarán a abordar su enfermedad desde un punto de vista pesimista, encajando el proceso con negatividad. En contraposición, mantener una buena comunicación con el paciente consigue mejorar los resultados clínicos, reducir los errores médicos, favorece las conductas preventivas y, en general, mejora la calidad de la asistencia [23], reduciendo además los niveles de ansiedad [24].

Es por todo esto que nuestro motivo de estudio se centrará en analizar los patrones de ansiedad de los pacientes que acuden al servicio de Oncología Radioterápica para su primera sesión de tratamiento, así como su evolución, ya que parecen existir unos niveles de ansiedad importantes en esta población que podrían correlacionarse con la percepción de su calidad de vida y también con su percepción respecto a la comunicación con su médico radioterapeuta.

En conclusión, la ansiedad es un síntoma que puede afectar a la calidad de vida y por ello es preciso cuantificarla, monitorizarla y analizar sus causas para abordarla como parte integral de la asistencia oncológica.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal del estudio consistirá en cuantificar los niveles de ansiedad de los pacientes oncológicos en el momento de iniciar un tratamiento con RT, así como evaluar su evolución durante el curso de la misma.

2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

→ Determinar, durante el curso del tratamiento con RT, la influencia de la calidad de vida y de la comunicación con el especialista en la evolución de la ansiedad del paciente.

→ Evaluar la percepción del paciente respecto a la calidad de la comunicación con el radioterapeuta.

2.3 HIPÓTESIS

Según nuestra hipótesis, la ansiedad previa a la primera sesión será mayor debido al desconocimiento del entorno y del procedimiento. Asimismo, consideramos que la ansiedad de los pacientes debería disminuir con el paso de las sesiones, pues el entorno, el personal y el acelerador les resultarán elementos más familiares.

También esperamos que una mejor percepción de la calidad de la comunicación se relacione con menores niveles de ansiedad.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio es prospectivo, descriptivo, observacional, de encuesta, longitudinal y pareado. Para el estudio se seleccionaron 31 pacientes oncológicos que comenzaban un tratamiento con radioterapia. Durante la investigación se midió el nivel de ansiedad autopercibida que presentaba cada paciente, así como la satisfacción con la información recibida para poder correlacionarla con las variables de ansiedad y calidad de vida autopercibida, en dos etapas de su tratamiento (previamente a la primera sesión y en un segundo tiempo), para valorar la evolución de la misma durante el curso de la radioterapia.

3.1 SELECCIÓN DE PACIENTES

Se han seleccionado pacientes que acudían al Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de Canarias. Sólo se han incluido en el estudio aquellos pacientes que, tras recibir la información sobre el proyecto de investigación, han firmado el consentimiento aceptando participar en el mismo.

3.1.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para el estudio han sido: pacientes que acuden a su primera sesión de radioterapia, con cualquier diagnóstico oncológico y que hayan firmado el consentimiento informado.

3.1.2 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión han sido: pacientes que presentan impedimentos físicos, psíquicos o de carácter social que condicionan su participación, pacientes que hubiesen recibido radioterapia anteriormente (por el mismo o distinto diagnóstico), pacientes que no fuesen a recibir más de cuatro fracciones de radiación, pacientes menores de 18 años, pacientes con dificultades para la comunicación o comprensión verbal o escrita, y pacientes que hayan tenido una relación personal o profesional directa con el entorno de la radioterapia.

3.1.3 Criterios de retirada

Los criterios previstos para la retirada de los sujetos del estudio fueron: el fallecimiento del paciente, el abandono del tratamiento o el empeoramiento sustancial del estado de salud del paciente que impida la cumplimentación de las encuestas.

3.2 CUESTIONARIOS

Las variables del estudio son la ansiedad autopercibida y su evolución, la calidad de vida y la satisfacción de la comunicación con su médico de referencia. Para valorarlas, se emplearon los siguientes cuestionarios:

3.2.1 Cuestionario STAI (State Trait Anxiety Inventory):

Cuestionario de ansiedad estado/rasgo. La ansiedad-estado evalúa el estado emocional actual del paciente (cómo se siente el paciente en el momento actual frente a una situación amenazadora o estresante), mientras que la ansiedad-rasgo evalúa la propensión que tiene el paciente de base a la ansiedad (la predisposición que tiene a percibir un estímulo como estresante o amenazador). Cada una de las partes del cuestionario consta de 20 preguntas, que se puntúan del 0-3 en función de lo identificado que se sienta el entrevistado con el enunciado de la pregunta (en las que evalúan la ansiedad estado, 0 equivale a “nada”; 1: “algo”; 2: “bastante”; y 3: “mucho”; en las que evalúan la ansiedad rasgo, 0 equivale a “casi nunca”; 1: “a veces”; 2: “a menudo”; y 3: “casi siempre”). El cuestionario completo puede consultarse en el Anexo I.

3.2.2 Cuestionario FACT-G:

Valora la calidad de vida autopercibida por el paciente, y está especialmente diseñado para enfermos oncológicos. El cuestionario se divide en cuatro partes que evalúan el estado físico general de salud, el ambiente familiar y social, el estado emocional y la capacidad de funcionamiento personal del paciente; a su vez, cada apartado cuenta con 6-7 preguntas que se responden de acuerdo al estado del paciente durante los anteriores siete días. Cada pregunta se puntúa del 0-4 en función de lo identificado que se sienta el entrevistado con el enunciado de la pregunta (0: “nada”; 1: “un poco”; 2: “algo”; 3: “mucho”; y 4: “muchísimo”). El cuestionario completo puede consultarse en el Anexo II.

3.2.3 Cuestionario de Satisfacción con la Comunicación:

Valora la percepción y satisfacción del paciente con aspectos verbales y no verbales de la comunicación con su oncólogo. Incluye aspectos relacionados con la comunicación, así como factores relacionados con la información que han recibido por parte de su médico, que se evalúan mediante una escala numérica de 1 a 10 en función del grado de satisfacción. El cuestionario completo puede consultarse en el Anexo III.

Estos cuestionarios se han cumplimentado el primer día de tratamiento, antes de recibir la radiación, y se han repetido en una sesión posterior (entre el 5º y el 10º día de tratamiento).

Las encuestas únicamente tienen un número para identificar a cada paciente, que se asignó por orden de entrevista y no tiene ninguna vinculación con sus datos personales ni clínicos. Además, para completar el estudio, se recogieron datos clínicos (diagnóstico y medicación psicoactiva en curso) y demográficos (edad y sexo) de cada paciente, que se separaron de las encuestas para anonimizar los resultados.

3.3 RECOGIDA DE DATOS

El protocolo del estudio se ha aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Canarias y cumple con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Brasil (2013); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

En su primer día de tratamiento, se llamó a los pacientes de forma individual y sin acompañantes a la sala anexa al TAC de planificación del servicio de Oncología Radioterápica. Allí, las investigadoras explicaron a cada paciente en qué consistía el estudio y se les preguntó si deseaban participar en él. En caso afirmativo, el paciente firmó la hoja de consentimiento y se procedió a cumplimentar la primera encuesta, constituida por los tres test ya mencionados. Esta primera encuesta se realizó verbalmente durante la entrevista con las investigadoras. Una vez finalizada la entrevista, los pacientes regresaron a la sala de espera y recibieron el tratamiento de manera habitual.

Para la realización de las encuestas en un segundo tiempo, se facilitó al personal de enfermería la documentación a rellenar. Ellos entregaron las encuestas a los pacientes, que las rellenaron de forma autónoma, y posteriormente fueron recogidas por las alumnas, también responsables de custodiarlas y validarlas.

Estas encuestas se realizaron en fechas comprendidas entre Diciembre de 2018 y Marzo de 2019.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En un principio se reclutaron 36 pacientes (18 varones y 18 mujeres), pero 5 de ellos completaron únicamente la encuesta inicial por dos motivos: deseo de retirarse del estudio (4) o finalización precoz del tratamiento (1). Por tanto, estos 5 pacientes no pudieron incluirse en el análisis comparativo longitudinal al carecer de encuesta de evolución, pero sí en los análisis que implican exclusivamente a los resultados de las primeras encuestas.

Se realizó el análisis estadístico comparativo longitudinal con una $n=31$, siendo esta la principal muestra con la que se trabajó en el estudio. La muestra incluye a 15 varones y 16 mujeres con diferentes diagnósticos oncológicos.

Por otra parte, en los datos de evolución, la encuesta de satisfacción con la comunicación se realizó con una muestra de 30 en lugar de 31 pacientes, ya que una paciente no tuvo consulta con su oncólogo entre la primera y la segunda encuesta, por lo que fue imposible valorarla.

Se llevó a cabo el análisis de todas las variables implicadas en las encuestas: ansiedad estado, ansiedad rasgo, calidad de vida, estado físico general de salud, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento personal y aspectos de la comunicación (información recibida, así como la claridad de la misma, contacto visual, postura, gestos y sonrisa, silencios, interrupciones, voz y tono y satisfacción general con la consulta).

La evolución de estas variables se analizó mediante prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Las relaciones entre ansiedad, calidad de vida y satisfacción con la comunicación, incluyendo cada uno de sus parámetros, se analizaron mediante correlación de Spearman. La relación entre edad con ansiedad y calidad de vida se analizó mediante correlación de Spearman. La relación entre sexo con ansiedad y calidad de vida se analizó mediante prueba de Mann-Whitney.

4. RESULTADOS

Nuestro objetivo inicial fue mantener el reclutamiento abierto hasta conseguir una muestra de 30 pacientes, cifra que nos garantizaba un 95% de precisión asumiendo una dispersión máxima en las respuestas. Se abordó a un total de 53 pacientes, componiéndose finalmente la muestra de 36 pacientes en la encuesta inicial y 31 pacientes en la de evolución. En la encuesta de satisfacción con la comunicación la evolución se realizó con una muestra de 30 pacientes.

La muestra incluye a 36 pacientes de edades comprendidas entre los 28 y los 85 años, siendo la edad media de 63.33 años. La desviación estándar en la edad de la muestra es de 14.90.

En función del diagnóstico, hubo 1 cáncer de cérvix, 1 cáncer de endometrio, 1 cáncer de esófago, 1 glioblastoma, 1 metástasis craneal, 2 cánceres de laringe, 1 cáncer de lengua, 1 linfoma, 2 LNH de células grandes, 1 LNH de células del manto, 11 cánceres de mama, 1 meningioma, 1 metástasis ósea, 2 cánceres de piel y 9 cánceres de próstata.

No se incluyeron aquellos pacientes que no cumplían los criterios de inclusión: 15 en total (un 28,3%, 11 varones y 4 mujeres), 7 por haber recibido RT previamente, 7 por imposibilidad para la comunicación y 1 por imposibilidad para completar el cuestionario de forma autónoma. Tampoco se incluyó a aquellos que rechazaron participar en el estudio: 2 pacientes (un 3,8%, 1 varón y 1 mujer).

4.1 ESTADO BASAL. RESULTADOS PRIMERAS ENCUESTAS

Los pacientes en su mayoría se presentaban asintomáticos, satisfechos con la comunicación, y con una sintomatología ansiosa variable, siendo más evidente en algunos casos. En general, priman niveles leves de ansiedad. De media, el STAI-AE (ansiedad estado) presenta un valor de 17,28, mientras que STAI-AR (ansiedad rasgo) tiene una media basal de 14,06, siendo el mínimo puntaje en ambos 0 (máximo bienestar) y el máximo 60 (niveles muy elevados de ansiedad).

Con respecto a la calidad de vida, en la entrevista inicial, la mayoría de los pacientes presentaba una buena calidad de vida, con un valor medio en el FACT-G de 85,28 (siendo el máximo puntaje de 112), lo que es ligeramente superior a la media que suele obtenerse en este cuestionario (80,1). A su vez, las subescalas también sacan a relucir buenos resultados: estado físico, con una media de 23,81 sobre 28; ambiente social, con una media de 19,42

sobre 24; estado emocional, con una media de 20,25 sobre 28; y funcionamiento personal, con una media de 21,83 sobre 28.

La satisfacción con la comunicación ha presentado, en la mayoría de casos, puntuaciones altas (la puntuación media de los distintos apartados del cuestionario tiene un valor de 9,51 sobre 10, y la valoración media global es de 9,56 sobre 10) lo que sugiere que los pacientes tienen una percepción muy positiva de la comunicación, y se encuentran en general muy satisfechos.

4.2 COMPARACIONES EVOLUTIVAS: ANSIEDAD, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN

4.2.1 Comparación de los niveles de ansiedad (estado y rasgo) antes y después. Evolución de la ansiedad

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las dos encuestas de ansiedad rasgo ($p=0,006$), habiendo aumentado este parámetro con respecto a la primera encuesta. El valor medio de la ansiedad rasgo ha pasado a 17,81 en la encuesta de evolución, lo que supone un incremento de 3,75 puntos. Es decir, en los pacientes parece haberse incrementado la predisposición a encontrar un estímulo como amenazante o estresante, o tienden a identificarse a sí mismos como personas más ansiosas, en comparación con los resultados de la primera encuesta (Tabla I).

	N	Media y desviación	p
Ansiedad estado (antes)	36	17,28 +/- 14,12	1,000
Ansiedad estado (después)	31	15,48 +/- 13,23	
Ansiedad rasgo (antes)	36	14,06 +/- 8,92	0,006
Ansiedad rasgo (después)	31	17,81 +/- 10,76	

Tabla I: comparación de las características de la ansiedad (antes y después).

Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre las dos encuestas de ansiedad estado, que es el parámetro que permite identificar mejor los niveles de ansiedad en el momento de realizar la encuesta. Por tanto, los niveles de ansiedad se mantienen leves.

4.2.2 Comparación de la calidad de vida antes y después. Evolución de la calidad de vida

Los resultados del FACT-G (calidad de vida) parecen haber empeorado. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los resultados antes y después de la encuesta global de calidad de vida ($p=0,016$); y en el antes y después de la subescala de Funcionamiento Personal ($p=0,004$).

El segundo cuestionario de calidad de vida global presenta una media de 81,87, por lo que existe una disminución de 3,41 puntos en la media de la segunda encuesta respecto a la media de la primera.

Por otra parte, la subescala del Funcionamiento Personal presenta en la segunda encuesta una media de 19,23. Esto también se corresponde con un empeoramiento de los resultados, con una disminución de 2,6 puntos en la media de la segunda encuesta respecto a la de la primera. Es decir, en la segunda encuesta, los pacientes consideran que tienen menor capacidad de funcionamiento personal que al comienzo del tratamiento (Tabla II).

	N	Media y desviación	p
Calidad de vida (antes)	36	85,28 +/- 14,09	0,016
Calidad de vida (después)	31	81,87 +/- 17,17	
Estado físico (antes)	36	23,81 +/- 4,48	0,36
Estado físico (después)	31	23,84 +/- 4,52	
Ambiente social (antes)	36	19,42 +/- 3,9	0,25
Ambiente social (después)	31	18,9 +/- 4,42	
Estado emocional (antes)	36	20,25 +/- 4,61	0,32
Estado emocional (después)	31	19,9 +/- 5,86	
Funcionamiento personal (antes)	36	21,83 +/- 5,44	0,004
Funcionamiento personal (después)	31	19,23 +/- 6,38	

Tabla II: Comparación calidad de vida (antes y después)

4.2.3 Comparación del grado de satisfacción con la comunicación antes y después. Evolución del grado de satisfacción con la comunicación

Con respecto a la satisfacción de los pacientes con la comunicación, hay diferencias significativas sólo en dos de los aspectos valorados, el 3d (silencios) y el 3e (interrupciones), con un valor $p= 0,048$ y $p=0,031$ respectivamente. En ambos, la media disminuye ligeramente en la segunda encuesta respecto a la primera. Con esto se deduce que, si bien no hay grandes cambios en la satisfacción con la comunicación, en las segundas encuestas los pacientes parecen ligeramente más descontentos con los silencios entre ellos y su médico, y también con las interrupciones por causas externas en el curso de su consulta (Tabla III).

4.3 RELACIONES ENTRE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA

4.3.1 Relación entre calidad de vida (global) y ansiedad estado/rasgo

Al comparar los resultados de la encuesta global de calidad de vida y la ansiedad en la primera encuesta se observa una relación significativa entre la calidad de vida y la ansiedad estado ($p < 0,001$), así como entre calidad de vida y ansiedad rasgo ($p = 0,038$). Esta relación es inversa: conforme la calidad de vida disminuye, la ansiedad aumenta, y viceversa.

Se obtiene el mismo resultado en la encuesta de evolución, donde la calidad de vida vuelve a relacionarse de forma inversa con la ansiedad estado ($p < 0,001$) y con la ansiedad rasgo ($p = 0,010$ (Tabla IV)).

	N	Media y desviación	p
S1 (antes)	36	9,25 +/- 1,25	0,417
S1 (después)	30	9,63 +/- 0,67	
S2 (antes)	36	9,31 +/- 1,01	0,131
S2 (después)	30	9,73 +/- 0,58	
S3a (antes)	36	9,31 +/- 1,33	0,317
S3a (después)	30	9,53 +/- 1,01	
S3b (antes)	36	9,44 +/- 1,23	0,722
S3b (después)	30	9,60 +/- 0,86	
S3c (antes)	36	9,50 +/- 1,11	0,861
S3c (después)	30	9,73 +/- 0,52	
S3d (antes)	36	9,53 +/- 1,16	0,048
S3d (después)	30	9,43 +/- 0,94	
S3e (antes)	36	9,86 +/- 0,49	0,031
S3e (después)	30	9,60 +/- 0,86	
S3f (antes)	36	9,83 +/- 0,51	0,066
S3f (después)	30	9,70 +/- 0,75	
S4 (antes)	36	9,56 +/- 0,94	0,589
S4 (después)	30	9,67 +/- 0,66	

Tabla III: comparación del grado de satisfacción con la comunicación (antes y después).

	Rho	p
Calidad de vida (antes)		
Ansiedad estado (antes)	-,555	0,000
Ansiedad rasgo (antes)	-,300	0,038
Calidad de vida (después)		
Ansiedad estado (después)	-,863	0,000
Ansiedad rasgo (después)	-,417	0,010

Tabla IV: comparación de la calidad de vida y la ansiedad.

Leyenda Tabla III

- S1: información recibida
- S2: claridad de la información
- S3a: contacto visual
- S3b: postura
- S3c: gestos y sonrisa
- S3d: silencios
- S3e: interrupciones
- S3f: voz y tono
- S4: satisfacción general con la consulta.

4.3.2 Relación entre ansiedad estado y factores influyentes en calidad de vida (antes y después)

En las primeras encuestas, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre los resultados de Ansiedad Estado y: Estado Físico ($p=0,03$); Estado Emocional ($p=0,001$); y Funcionamiento Personal ($p=0,002$). Se deduce que hay una relación inversa entre la ansiedad estado y el estado físico, estado emocional y funcionamiento personal: cuando la ansiedad aumenta, estos tres parámetros se afectan y disminuyen, o viceversa.

Respecto a las segundas encuestas, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre los resultados de Ansiedad Estado y: Estado Físico ($p<0,001$); Ambiente Social ($p=0,02$); Estado Emocional ($p<0,001$); y Funcionamiento Personal ($p<0,001$). Se deduce que hay una relación inversa entre la ansiedad estado y el estado físico, ambiente social, estado emocional y funcionamiento personal: los cuatro parámetros que conforman la calidad de vida se afectan más cuanto más alta sea la ansiedad en el momento de la encuesta, y viceversa (Tabla V).

	Rho	p
Ansiedad estado (antes)		
Estado físico (antes)	-,33	0,03
Ambiente social (antes)	-0,16	0,17
Estado emocional (antes)	-,62	0,001
Funcionamiento personal (antes)	-,58	0,002
Ansiedad estado (después)		
Estado físico (después)	-,77	< 0,001
Ambiente social (después)	-,36	0,02
Estado emocional (después)	-,72	< 0,001
Funcionamiento personal (después)	-,8	< 0,001

Tabla V: Comparación entre ansiedad estado y factores influyentes en calidad de vida (antes y después).

4.3.3 Relación entre ansiedad rasgo y factores influyentes en calidad de vida (antes y después)

En las primeras encuestas se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre los resultados de Ansiedad Rasgo y: Estado Emocional ($p=0,04$); y Funcionamiento Personal ($p=0,004$). Hay una relación inversa entre la ansiedad rasgo y el estado emocional, y entre ansiedad rasgo y funcionamiento personal. Esto es, cuanto más ansiosa considera su personalidad de base el paciente, peor estado emocional y menor capacidad de funcionamiento personal tendrá, y viceversa.

Respecto a las segundas encuestas, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre los resultados de Ansiedad Rasgo y: Estado Físico ($p=0,001$); Estado Emocional ($p=0,006$); y Funcionamiento Personal ($p=0,01$). La relación entre la ansiedad estado y el estado físico, ambiente social, estado emocional y funcionamiento personal es inversa en todos los casos: los cuatro parámetros empeoran cuanto más ansiosa se percibe a sí misma la persona, y viceversa (Tabla VI).

	Rho	p
Ansiedad rasgo (antes)		
Estado físico (antes)	- 0,22	0,1
Ambiente social (antes)	0,16	0,18
Estado emocional (antes)	- ,3	0,04
Funcionamiento personal (antes)	- ,43	0,004
Ansiedad rasgo (después)		
Estado físico (después)	- ,54	0,001
Ambiente social (después)	0,006	0,49
Estado emocional (después)	- ,44	0,006
Funcionamiento personal (después)	- ,39	0,01

Tabla VI: Comparación entre ansiedad rasgo y factores influyentes en la calidad de vida (antes y después):

4.4 RELACIÓN ENTRE VARIABLES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA (ESTADO FÍSICO, AMBIENTE SOCIAL, ESTADO EMOCIONAL, FUNCIONAMIENTO PERSONAL)

En la primera encuesta, el análisis comparativo entre variables mostró que existe relación directa entre estado emocional y estado físico ($p=0,006$), así como entre estado emocional y funcionamiento personal ($p<0,001$). A su vez, hay relación directa entre el funcionamiento personal y el estado físico ($p<0,001$). Es decir, un buen estado emocional se correlaciona con un buen estado físico y con una buena capacidad de funcionamiento personal; y un buen estado físico y una alta capacidad de funcionamiento personal también se relacionan entre sí.

En la segunda encuesta, el estado emocional se relaciona de forma directa con todas las demás variables: estado físico ($p=0,004$), ambiente social ($p=0,006$) y funcionamiento personal ($p=0,002$). Además, se encuentra relación entre el funcionamiento personal y estado físico ($p<0,001$) y ambiente social ($p=0,01$). Esto es, un buen estado emocional se correlaciona con un buen estado físico, un buen apoyo social y buen funcionamiento personal; y una buena capacidad de funcionamiento personal se correlaciona con un buen estado físico y buen apoyo social.

En el análisis comparativo entre estado físico y ambiente social no se encontraron resultados estadísticamente significativos en ninguna de las dos encuestas, es decir, no se puede demostrar que un buen apoyo social suponga una mejoría del estado físico (Tabla VII).

	ESTADO FÍSICO	AMBIENTE SOCIAL	ESTADO EMOCIONAL	FUNC. PERSONAL
ESTADO FÍSICO				
AMBIENTE SOCIAL	p=0,09 (antes) p=0,16 (después)			
ESTADO EMOCIONAL	p=0,006 (antes) p=0,004 (después)	p=0,16 (antes) p=0,006 (después)		
FUNC. PERSONAL	p<0,001 (antes) p<0,001 (después)	p=0,07 (antes) p=0,01 (después)	p<0,001 (antes) p=0,002 (después)	

Tabla VII: comparación entre las diferentes subescalas que influyen en la calidad de vida (antes y después)

4.5 SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y LA CALIDAD DE VIDA

4.5.1 Relación entre ansiedad estado y satisfacción con la comunicación (antes y después)

En la primera encuesta observamos una relación inversa significativa entre la ansiedad estado y S3f (voz y tono) con una $p=0,030$. Es decir, la percepción del paciente de que el médico ha empleado un tono de voz adecuado en su consulta se correlaciona con menores niveles de ansiedad, y viceversa.

En la encuesta de evolución hay relación inversa entre la ansiedad estado y los factores S3a (contacto visual) y S3c (gestos y sonrisa), con $p=0,032$ y $p=0,040$ respectivamente. La ansiedad se correlaciona directamente con la percepción del contacto visual con el médico, así como de sus gestos y su sonrisa.

4.5.2 Relación entre ansiedad rasgo y satisfacción con la comunicación (antes y después)

No se encuentra ninguna relación significativa al comparar la ansiedad rasgo con la satisfacción con la comunicación, ni en la encuesta inicial ni en la de evolución.

4.5.3 Relación entre calidad de vida (global) y satisfacción con la comunicación (antes y después)

En las primeras encuestas, se han encontrado relaciones directas estadísticamente significativas entre la calidad de vida y S1 (información recibida), con una $p=0,03$; S3b (postura), con una $p=0,004$; y S3c (gestos y sonrisa), con una $p=0,009$. Existe correlación entre la calidad de vida y la satisfacción con la información recibida en consulta, con la postura, y con los gestos y sonrisa del médico.

En las segundas encuestas no se encuentra ninguna relación estadísticamente significativa entre los resultados de calidad de vida y ninguno de los apartados de satisfacción con la comunicación.

4.5.4 Relación entre estado físico y satisfacción con la comunicación (antes y después)

En las primeras encuestas se han encontrado relaciones directas estadísticamente significativas entre los resultados de Estado Físico y S2 (claridad de la información), con una $p=0,048$; S3a (contacto visual), con una $p=0,04$; S3b (postura), con una $p=0,03$; y S3c (gestos y sonrisa), con una $p=0,009$. Hay una correlación entre el estado físico y la satisfacción con la claridad de la información recibida, el contacto visual, la postura y los gestos y sonrisa del médico.

En las segundas encuestas se han encontrado relaciones directas estadísticamente significativas entre los resultados de Estado Físico y S3b (postura), con una $p=0,04$; y S3e (interrupciones), con una $p=0,02$. Existe correlación entre el estado físico y la satisfacción con la postura o las interrupciones de la consulta.

4.5.5 Relación entre ambiente social y satisfacción con la comunicación (antes y después)

En las primeras encuestas se han encontrado relaciones directas estadísticamente significativas entre los resultados de Ambiente Social y S3b ($p=0,045$); y S3e ($p=0,02$). Hay

una correlación entre el ambiente social y la satisfacción con la postura y con las interrupciones de la consulta.

Por su parte, no hay relaciones significativas en esta misma comparación en el caso de la encuesta posterior.

4.5.6 Relación entre estado emocional y satisfacción con la comunicación (antes y después)

Al analizar la comparación entre el Estado Emocional y la satisfacción con la comunicación en la encuesta inicial, se encuentran varias relaciones directas significativas con los aspectos S1 (p=0,045), S3b (p=0,041), S3c (p=0,042), S3d (p=0,026) y S3f (p=0,029). Es decir, el estado emocional tiene correlación con la satisfacción respecto a la información recibida en consulta, con la postura, voz, tono, gestos y sonrisa del médico, y con el contacto visual entre ambos, con las interrupciones de la consulta y con su valoración general de la consulta (Tabla VIII).

Por su parte, no hay relaciones significativas en esta misma comparación en el caso de la encuesta posterior.

	Rho	p
	Estado emocional (antes)	
S1 (antes)	,287	0,045
S2 (antes)	0,230	0,089
S3a (antes)	0,208	0,112
S3b (antes)	,293	0,041
S3c (antes)	,291	0,042
S3d (antes)	,327	0,026
S3e (antes)	0,147	0,196
S3f (antes)	,318	0,029
S4 (antes)	0,172	0,158

Tabla VIII: comparación entre el estado emocional y la satisfacción con la comunicación (antes).

4.5.7 Relación entre funcionamiento personal y satisfacción con la comunicación (antes y después)

Al comparar la capacidad de funcionamiento personal con la satisfacción con la comunicación se observan relaciones directas con los elementos S2 (p=0,022), S3b (p=0,003), S3c (p=0,008) y S3f (p=0,030) en la encuesta inicial. Es decir, la capacidad de funcionamiento personal se correlaciona con la claridad de la información recibida, y la postura, los gestos, la sonrisa y la voz y tono del médico en la consulta.

No hay relaciones significativas en esta misma comparación en la encuesta de evolución.

4.6 RELACIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS CON NIVEL DE ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA

4.6.1 Comparación entre géneros del nivel de ansiedad y calidad de vida

El género no presenta resultados estadísticamente significativos al compararlo con ansiedad estado/rasgo, ni tampoco con calidad de vida ($p > 0,05$ en todas las variables). Por tanto, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a los valores de ansiedad y de calidad de vida.

4.6.2 Comparación por edad del nivel de ansiedad y calidad de vida

La edad no presenta resultados estadísticamente significativos al compararla con ansiedad estado/rasgo, ni tampoco con calidad de vida ($p > 0,05$ en todas las variables). Por tanto, no hay diferencias significativas entre jóvenes, adultos y ancianos respecto a los valores de ansiedad y de calidad de vida.

4.6.3 Correlación entre uso de psicofármacos y nivel de ansiedad/calidad de vida

Se ha visto que, de nuestra muestra de 36 pacientes, 12 de ellos estaban en tratamiento con algún psicofármaco, siendo 7 de estos casos los que consumían algún tipo de ansiolítico (19,44%). No obstante, los datos recogidos no permiten llegar a ninguna conclusión estadísticamente significativa respecto a la correlación con los resultados obtenidos en los cuestionarios.

5. DISCUSIÓN

A la luz de los datos obtenidos en los resultados podemos deducir que, al contrario de lo que habíamos supuesto en nuestra hipótesis inicial, los valores de ansiedad han aumentado durante el curso del tratamiento; es decir, en los pacientes parece haberse incrementado la predisposición a encontrar un estímulo como amenazante o estresante.

Este aumento de la ansiedad puede deberse a diversas causas, como a un empeoramiento de la calidad de vida (y sus subescalas) conforme avanza el tratamiento, puesto que se ha demostrado la relación inversa que existe entre ellas. Además, se ha objetivado una reducción de forma general de la calidad de vida en el segundo tiempo, así como de la capacidad de funcionamiento personal. Esta reducción de la calidad de vida podría justificarse, por ejemplo, por los efectos secundarios de la RT, que les causan

molestias que podrían no haber anticipado al inicio del tratamiento; por las expectativas que podían tener respecto al curso de su enfermedad, que no ven cumplidas mientras se someten al tratamiento; por las propias exigencias del cumplimiento del tratamiento, que les impiden llevar una vida normal debido a la obligación de acudir al hospital todos o casi todos los días; y también podría atribuirse a la necesidad de interrumpir su actividad laboral.

Por otro lado, no parece que el grado de satisfacción de los pacientes con la comunicación con su oncólogo haya variado mucho entre ambas encuestas, ni tampoco que esta tenga especial correlación con los niveles de ansiedad. Esto puede deberse a que la comunicación con el médico es tan solo uno de los muchos factores que pueden influir en la estabilidad psicológica del paciente. De igual forma, tampoco hay una correlación sólida entre la satisfacción con la comunicación y la calidad de vida, ya que a pesar de que una alta satisfacción con la comunicación puede actuar como factor estabilizador, el bienestar de los pacientes puede depender de muchas otras causas (estatus socioeconómico, ambiente laboral, distancia desde el domicilio hasta el hospital, antecedentes familiares y sus implicaciones emocionales, comorbilidades, nivel cultural...).

No obstante, debido a los elevados niveles de satisfacción con la comunicación que se han obtenido en las encuestas, no podemos descartar la hipótesis contraria, y es que una escasa satisfacción con la comunicación recibida podría correlacionarse con un nivel de ansiedad mayor y/o con menor calidad de vida.

Hay estudios como el de Smith que señalan la importancia del nivel cultural y socioeconómico, y afirman que un menor nivel cultural se asocia a una menor necesidad de información sobre el tratamiento ^[9], hecho que pudo tener cierto impacto sobre la satisfacción con la comunicación. Además, el estudio de Hernández Blázquez y Cruzado observó un mayor nivel de ansiedad en los pacientes que ya habían recibido tratamiento con quimioterapia, y mayores niveles de depresión en los pacientes que habían recibido tratamiento quirúrgico ^[7], por lo que también podrían ser factores importantes a tener en cuenta.

A pesar de haber un mayor porcentaje de dos tipos de cáncer (mama y próstata), la distribución de los diagnósticos es desigual, y por tanto no hemos podido determinar resultados concretos para cada uno de ellos. No obstante, habría que tener en cuenta que la mayoría de casos son de mama y de próstata, y que predominen dos tipos de cáncer sobre los demás puede haber condicionado los resultados de la muestra.

Según algunos estudios, la satisfacción con la sanidad está fuertemente asociada a variables sociales (edad, género, estado civil, etc.) y a variables clínicas [16]. Al contrario que en nuestro trabajo, en otros estudios la edad se relacionó de manera inversamente proporcional con los niveles de ansiedad [14, 7]. El estudio de Kahana [14], además, sugiere que la comunicación médico-paciente en las consultas de oncología radioterápica juega un papel fundamental, especialmente en pacientes ancianos.

En la revisión de Holmes, Holmes y Park, se observa que la prevalencia media de trastornos de ansiedad entre los pacientes en tratamiento con RT es del 20%, 49% y 17% antes, durante y después del tratamiento, respectivamente [25]. Si bien nuestro estudio coincide con el suyo en demostrar un aumento de los niveles de ansiedad durante el tratamiento, no realizamos una tercera encuesta tras el fin del mismo, por lo que no podemos afirmar ni negar que, en ese momento, la ansiedad disminuye.

A pesar de estos hallazgos, también existen múltiples estudios que han hallado resultados diferentes. Lewis [26] examinó la ansiedad a lo largo del tiempo durante la RT en pacientes con cáncer de mama, y encontró que los niveles de ansiedad alcanzaron su pico más alto antes de la RT (durante la planificación del tratamiento y en la primera sesión) y luego estos disminuían rápidamente. Halkett [27] sugiere que la ansiedad antes de la RT se asocia a la falta de información sobre el tratamiento, sus efectos secundarios y la no familiarización con el proceso. Mose [12] defiende, por otra parte, que la ansiedad en la primera sesión de radioterapia se asocia al estrés psicológico y a varias características del entorno en la sala de espera y en la sala del acelerador.

El estudio de Mack [28] sugiere que la mayoría de los pacientes jóvenes (83%) consideran que recibir información sobre su pronóstico es extremadamente importante, y que los pacientes a los que se les había comunicado esta información tenían mayor confianza en el oncólogo y niveles más bajos de ansiedad. Nuestro estudio no ha tenido en cuenta el conocimiento de los pacientes acerca de su pronóstico, lo cual podría tener relación tanto con sus niveles de ansiedad como con la calidad percibida de la comunicación. Por otro lado, este mismo estudio afirma que los pacientes tienden a sobreestimar su pronóstico en comparación con el estimado por el especialista [28], y esta tendencia podría tener que ver con unos niveles de ansiedad más bajos en relación al desconocimiento del impacto real que tiene la enfermedad sobre su supervivencia. No obstante, en nuestra muestra predominan los sujetos adultos y ancianos sobre los jóvenes, por lo que sería un aspecto que habría que analizar con más detalle.

Otro estudio realizado en pacientes con cáncer de mama concluye que es posible que las habilidades de comunicación del médico no sean tan importantes como la retroactividad de este con el paciente [18].

Conviene añadir que la puntuación media obtenida de las encuestas de satisfacción con la comunicación es alta, por lo que se podría considerar o bien que los niveles de ansiedad no se correlacionan con dicha variable, o que los pacientes tienden a sobreestimar su satisfacción con la comunicación u otros aspectos de su entrevista con el médico. De hecho, el estudio de Danzi confirma que unos pocos comentarios de apoyo son suficientes para reforzar la percepción de que el médico es más empático y brinda un mayor apoyo al paciente [8].

La satisfacción con la comunicación, tanto en la encuesta inicial como en la de seguimiento, se mantuvo en valores bastante elevados. A pesar de ello, los niveles de ansiedad rasgo aumentaron y la calidad de vida disminuyó, por lo que, al contrario de lo que planteamos en la hipótesis inicial, una mejor percepción de la calidad de la comunicación no parece estar directamente relacionada con menores niveles de ansiedad, o al menos no tanto como hubiéramos podido esperar.

6. CONCLUSIONES

Ante estos resultados, podríamos concluir que los hallazgos contradicen nuestra hipótesis inicial: la ansiedad de los pacientes empeora durante el curso de la RT respecto a la ansiedad que presentan antes de la primera sesión.

Los niveles de ansiedad que presentan los pacientes oncológicos que van a iniciar RT son leves, y tienden a empeorar conforme avanzan las sesiones, aunque se mantienen en rangos moderados.

La calidad de vida, entendiéndose esta como la confluencia de cuatro factores principales (estado físico, ambiente social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal) influye de manera inversamente proporcional en los niveles de ansiedad de los pacientes y son determinantes para su aparición.

Asimismo, la satisfacción con la comunicación entre el médico y el paciente parece guardar escasa relación con los niveles de ansiedad; aunque existe relación entre algunos factores de la comunicación y el nivel de ansiedad, no ha resultado ser un elemento

determinante. Tampoco podemos afirmar (ni negar), de la misma manera, que una menor satisfacción en este aspecto se correlacione con mayores niveles de ansiedad.

La ansiedad es un síntoma relevante en los pacientes que se someten a radioterapia, y su etiología es multifactorial. Debe ser individualizada, cuantificada y asistida según las necesidades de cada paciente.

6.1 LIMITACIONES

→ Metodológicas: la encuesta inicial se cumplimentó verbalmente durante la entrevista con las alumnas, mientras que la segunda cursó sin un entrevistador presente. Tal vez esto pudo influir en las respuestas.

→ La interpretación de los criterios de exclusión pudo ser arbitraria: las investigadoras juzgamos si un paciente estaba en condiciones de contestar o no, y esto pudo haber constituido un sesgo.

→ No se planteó una estratificación de la muestra: no nos aseguramos de que los 30 pacientes fueran representativos en edad, pronóstico, u otros factores importantes del paciente tipo del Servicio.

→ No se recolectaron datos sobre otros factores que podrían tener influencia sobre los niveles de ansiedad de los pacientes (pronóstico, comorbilidades, otros tratamientos como quimioterapia o cirugía, situación económica...).

7. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DURANTE ESTE TFG?

A pesar de que ya habíamos utilizado antes páginas de búsqueda de artículos científicos para realizar otros trabajos, la búsqueda bibliográfica que hemos realizado en esta ocasión, más extensa y exhaustiva, nos ha ayudado a aprender a utilizar más recursos y a perfeccionar nuestras capacidades de búsqueda, análisis y discriminación.

Para poder realizar la segunda valoración, tuvimos que solicitar ayuda al personal de enfermería para que facilitaran las encuestas a los pacientes, ya que habitualmente el horario en el que iban a radiarse coincidía con nuestro horario de prácticas de rotatorio. También se implicaron algunos de los técnicos de radioterapia. En este aspecto, se ha

reforzado nuestra convicción de la importancia fundamental que tiene trabajar en equipo con todo el personal del servicio.

El trabajo de investigación requiere disciplina y rigor, así como capacidad de sacrificio. Hemos aprendido que, para obtener unos buenos resultados, es necesario tener claro un esquema de lo que se va a investigar y de cómo queremos que sea nuestro estudio, así como de los resultados que pretendemos obtener. Además, son necesarias muchas habilidades adicionales para desarrollar satisfactoriamente los objetivos propuestos (capacidad de comunicación con los pacientes, comprensión e interpretación de los resultados estadísticos...) y la realización de este trabajo nos ha permitido adquirirlas y perfeccionarlas.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015 Mar;65(2):87-108.
- 2.- Delaney G, Jacob S, Featherstone C, Barton M. The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines. *Cancer.* 2005 Sep 15;104(6):1129-37.
- 3.- Schaller A, Dragioti E, Liedberg GM, Larsson B. Quality of life during early radiotherapy in patients with head and neck cancer and pain. *J Pain Res.* 2017 Jul 17;10:1697-1704.
- 4.- Rutkowski J, Szymanik M, Blok M, Kozaka J, Zaucha R. Prospective evaluation of anxiety, depression and quality of life in medically inoperable early stage non-small cell lung cancer patients treated with stereotactic ablative radiotherapy. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2017 May-Jun; 22 (3): 217-222.
- 5.- Nieder C, Kämpe TA. Levels of Anxiety and Depression Before Palliative Reirradiation Are Comparable to Those Before First Palliative Radiotherapy. *Cureus.* 2018 Apr 23; 10 (4): e2519.

- 6.- Mello S, Tan AS, Armstrong K, Sanford Schwartz J, Hornik RC. Anxiety and depression among cancer survivors: the role of engagement with sources of emotional support information. *Health Commun.* 2013; 28 (4): 389-96.
- 7.- Hernández Blázquez M, Cruzado JA. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *J Psychosom Res.* 2016 Aug;87:14-21.
- 8.- Danzi OP, Perlini C, Tedeschi F, Nardelli M, Greco A, Scilingo EP, Valenza G, Del Piccolo L. Affective communication during bad news consultation. Effect on analogue patients' heart rate variability and recall. *Patient Educ Couns.* 2018 Nov;101(11):1892-1899.
- 9.- Smith SK, Zhu Y, Dhillon HM, Milross CG, Taylor J, Halkett G, Zilliacus E. Supporting patients with low health literacy: what role do radiation therapists play? *Support Care Cancer.* 2013 Nov;21(11):3051-61.
- 10.- Dean M, Street RL Jr. A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Educ Couns.* 2014 Feb;94(2):143-8.
- 11.- Halkett G, O'Connor M, Aranda S, Jefford M, Merchant S, York D, Miller L, Schofield P. Communication skills training for radiation therapists: preparing patients for radiation therapy. *J Med Radiat Sci.* 2016 Dec; 63(4): 232–241.
- 12.- Mose S, Budischewski K M, Notburga Rahn A, Zander-Heinz A C, Bormeth S, Böttcher H D. Influence of irradiation on therapy- associated psychological distress in breast carcinoma patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001; 51: 1328-1335.
- 13.- Schnitzler L, Smith SK, Shepherd HL, Shaw J, Dong S, Carpenter DM, Nguyen F, Dhillon HM. Communication during radiation therapy education sessions: The role of medical jargon and emotional support in clarifying patient confusion. *Patient Educ Couns.* 2017 Jan;100(1):112-120.
- 14.- Kahana B, Yu J, Kahana E, Langendoerfer KB. Whose advocacy counts in shaping elderly patients' satisfaction with physicians' care and communication? *Clin Interv Aging.* 2018 Jun 25;13:1161-1168.

- 15.- Mackenzie LJ, Carey M, Sanson-Fisher R, D'Este C, Yoong SL. A cross-sectional study of radiation oncology outpatients' concern about, preferences for, and perceived barriers to discussing anxiety and depression. *Psychooncology*. 2015 Nov;24(11):1392-7.
- 16.- Geinitz H, Marten-Mittag B, Schäfer C, Henrich G, Bittner I, Herschbach P, Dinkel A, Sehlen S. Patient satisfaction during radiation therapy. Correlates and patient suggestions. *Strahlenther Onkol*. 2012 Jun;188(6):492-8.
- 17.- Hillen MA, de Haes HC, Stalpers LJ, Klinkenbijn JH, Eddes EH, Butow PN, van der Vloodt J, van Laarhoven HW, Smets EM. How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Ann Oncol*. 2014 Apr; 25 (4): 896-901.
- 18.- Trudel JG, Leduc N, Dumont S. Perceived communication between physicians and breast cancer patients as a predicting factor of patients' health-related quality of life: a longitudinal analysis. *Psychooncology*. 2014 May;23(5):531-8.
- 19.- Stortenbeker IA, Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC, Das E. Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Educ Couns*. 2018 Sep;101(9):1577-1584.
- 20.- Hillen MA, de Haes HC, van Tienhoven G, van Laarhoven HW, van Weert JC, Vermeulen DM, Smets EM. Oncologists' non-verbal behavior and analog patients' recall of information. *Acta Oncol*. 2016 Jun;55(6):671-9.
- 21.- Gupta A, Harris S, Naina HV. The impact of physician posture during oncology patient encounters. *J Cancer Educ*. 2015 Jun;30(2):395-7.
- 22.- Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000 Sep;41(2):145-56.
- 23.- Burt J, Abel G, Elliott MN, Elmore N, Newbould J, Davey A, Llanwarne N, Maramba I, Paddison C, Campbell J, Roland M. The Evaluation of Physicians' Communication Skills From Multiple Perspectives. *Ann Fam Med*. 2018 Jul;16(4):330-337.

- 24.- Morasso G, Caruso A, Belbusti V, Carucci T, Chiorri C, Clavarezza V, De Benedetta G, D'Ovidio S, Iuvaro MD, Piattelli A, Romeo M, Santoni W, Di Leo S. Improving physicians' communication skills and reducing cancer patients' anxiety: a quasi-experimental study. *Tumori*. 2015 Jan-Feb;101(1):131-7.
- 25.- Holmes EG, Holmes JA, Park EM. Psychiatric Care of the Radiation Oncology Patient. *Psychosomatics*. 2017 Sep - Oct;58(5):457-465.
- 26.- Lewis F, Merckaert I, Liénard A, Libert Y, Etienne A-M, Reynaert C et al. Anxiety and its time courses during radiotherapy for non- metastatic breast cancer: A longitudinal study. *Radiot and Oncol*. 2014; 111: 276-280.
- 27.- Halkett G, Kristjanson L, Lobb E, Little J, Shaw T, Taylor M, et al. Information needs and preferences of women as they proceed through radiotherapy for breast cancer. *Pat Educ Couns*. 2012; 86: 396-404.
- 28.- Mack JW, Fasciano KM, Block SD. Communication About Prognosis With Adolescent and Young Adult Patients With Cancer: Information Needs, Prognostic Awareness, and Outcomes of Disclosure. *J Clin Oncol*. 2018 Jun 20; 36(18): 1861-1867.

ANEXOS

ANEXO I

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

A/E: PD = 30 + - =

A/R: PD = 21 + - =

Nº de paciente:

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED **AHORA MISMO, en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado/a	0	1	2	3
2. Me siento seguro/a	0	1	2	3
3. Estoy tenso/a	0	1	2	3
4. Estoy contrariado/a	0	1	2	3
5. Me siento cómodo/a (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado/a	0	1	2	3
7. Estoy preocupado/a ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado/a	0	1	2	3
9. Me siento angustiado/a	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
12. Me siento nervioso/a	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado/a	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado/a" (como oprimido/a)	0	1	2	3
15. Estoy relajado/a	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho/a	0	1	2	3
17. Estoy preocupado/a	0	1	2	3
18. Me siento aturdido/a y sobreexcitado/a	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED **EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado/a	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo/a	0	1	2	3
33. Me siento seguro/a	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico/a)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho/a	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso/a y agitado/a	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO II

FACT-G (4º versión)

Nº de paciente:

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

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me falta energía	0	1	2	3	4
Tengo náuseas	0	1	2	3	4
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
Tengo dolor	0	1	2	3	4
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
Me siento enfermo/a	0	1	2	3	4
Necesito estar acostado/a	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento cercano/a a mis amistades	0	1	2	3	4
Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho/a de la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento cercano/a a mi pareja (o la persona que me da apoyo)	0	1	2	3	4
<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, por favor, conteste a la siguiente pregunta. Si usted prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla y continúe con la siguiente sección.</i> <input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho/a con mi vida sexual	0	1	2	3	4

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

ESTADO EMOCIONAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento triste	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho/a de como estoy enfrentando mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento nervioso/a	0	1	2	3	4
Me preocupa morir	0	1	2	3	4
Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

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

ANEXO III

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA COMUNICACIÓN

Nº de paciente:

Por favor, valore su percepción respecto a la calidad de la comunicación con su médico y su satisfacción con la misma. Indique, del 1 al 10, cuál ha sido su percepción de los siguientes aspectos en la consulta con su médico radioterapeuta.

1. Valore, del 1 al 10 (siendo 1 “totalmente insuficiente” y 10 “toda la que he necesitado”) la **información** que le ha proporcionado su médico con respecto a su enfermedad (diagnóstico, extensión...):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Valore, del 1 al 10, la **claridad** de la información que ha recibido respecto a su enfermedad (siendo 1 “nada claro” y 10 “perfectamente claro”):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Indique su **satisfacción** respecto a los siguientes aspectos (donde 1 equivale a “*nada satisfecho*” y 10 equivale a “*completamente satisfecho*”):

- a) El **contacto visual** que ha mantenido con su médico:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- b) La **postura** de su médico durante la consulta (dependiendo de si se sentó mirando hacia usted, si se mostraba distante..., y cómo repercutió esto en relación con su satisfacción):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- c) Los **gestos**, sonrisa y actitud general de su médico hacia usted:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- d) Los **silencios** entre usted y su médico (si fueron demasiado largos, si considera que los silencios fueron pertinentes, si le habría gustado tener más tiempo para asimilar mejor la información...):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- e) Las **interrupciones** que hubo mientras usted estuvo en la consulta (en caso de que sonase el teléfono, que el médico tuviese que atender otro asunto..., y el impacto que tuvo eso sobre usted):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- f) La **voz** y el **tono** con el que se le habló durante la consulta:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Puntúe, en términos generales, cómo de buena ha sido su percepción y satisfacción respecto a la consulta:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10