

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**



**TESIS DOCTORAL**

**IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE PRODUCE LA ENFERMEDAD  
DE CÁNCER EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIAS.**

**ALBERTO GARCÍA MARTÍN**

**Salamanca 2022**





# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**TESIS DOCTORAL**

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE PRODUCE LA ENFERMEDAD  
DE CÁNCER EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y SUS FAMILIAS.

ALBERTO GARCÍA MARTÍN

**DIRECTORES:**

Dra. D<sup>a</sup> Maribel Rihuete Galve.

Dr. D. Eduardo José Fernández Rodríguez

**Salamanca 2022**



UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Dra. D<sup>a</sup> Maribel Rihuete Galve y Dr. D. Eduardo José Fernández Rodríguez

**CERTIFICAN:**

Que D. Alberto García Martín ha realizado bajo su dirección el trabajo titulado "Impacto socioeconómico que produce la enfermedad de cáncer en pacientes oncológicos y sus familias", cumpliendo todos los requisitos necesarios para su presentación y defensa para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Para que conste y en el cumplimiento de la normativa vigente, firmamos el presente certificado en Salamanca con fecha 15 de mayo de 2022.

RIHUETE  
GALVE  
MARIA  
ISABEL -  
50417729  
G

Firmado digitalmente  
por RIHUETE  
GALVE MARIA  
ISABEL -  
50417729G  
Fecha:  
2022.05.15  
22:52:28 +02'00'

Fdo.

Dra. D<sup>a</sup> Maribel Rihuete Galve.

Prof. Asociada Dpto. de Enfermería y Fisioterapia.

FERNANDEZ  
RODRIGUEZ  
EDUARDO  
JOSE -  
70863702N

Firmado digitalmente  
por FERNANDEZ  
RODRIGUEZ  
EDUARDO JOSE -  
70863702N  
Fecha: 2022.05.15  
22:43:03 +02'00'

Fdo.

Dr. D. Eduardo José Fernández Rodríguez

Prof. Ayudante Doctor Dpto. de Enfermería y Fisioterapia



*A mis padres, mi hermano, mis amigos.*



***“Haz lo que puedas, con lo que tengas, donde estés”***

***Theodore Roosevelt***





# AGRADECIMIENTOS

A ti, Eduardo, quién con tu apoyo, tu paciencia y tu perseverancia has conseguido que pueda cumplir éste gran objetivo de vida. Gracias por estar ahí siempre, tengo admiración plena, eres un pilar fundamental en mi vida.

A mi madre, por inculcarme desde pequeño los valores del esfuerzo. Hemos luchado MUCHO juntos, te dedico esta tesis con todo el amor del mundo.

A mi hermano, Alejandro, por ser una de las mejores cosas que me ha pasado en la vida, por ser amigo y compañero de vida, nunca me faltes.

A mi padre, por el duro esfuerzo de cada día, por apoyarme, gracias.

A mi familia extensa, tíos y primos, por ser momentos de luz y de evasión cada vez que estamos juntos, gracias.

A la Doctora María Isabel Rihuete, por darme la oportunidad de poder contar con ella en este estudio y poder aprender de su esmero, tesón y valía.

A la profesora Nuria del Álamo, quién nunca he dejado de admirar y a la que debo cada uno de los éxitos pues fuiste tú quién siempre confió en mí.

A todos los profesionales del Servicio de Oncología, Hospital de Día y Servicio de Oncología Radioterápica, especialmente a Transi, Fátima, y Blanca, habéis sido fundamentales.

A Tina, trabajadora social del CAUSA, siempre has sido un gran apoyo en todo este recorrido, eres familia.

A todos los pacientes y familiares, sin vosotros no hubiera sido posible éste estudio, no concibo una vida sin poder estar a vuestro lado.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
2.1 Concepto de salud y sus determinantes. ....	6
2.2 Envejecimiento demográfico. ....	7
2.2.1 Envejecimiento demográfico en la EU-27 .....	7
2.2.2 Envejecimiento demográfico en España.....	10
2.2.3 Envejecimiento demográfico en la CCAA de Castilla y León.....	14
2.3 Cáncer .....	17
2.3.1 Cáncer .....	17
2.3.2 Cáncer como problema social y sociosanitario.....	18
2.4 Epidemiología del cáncer.....	23
2.4.1 Incidencia.....	24
2.4.2 Prevalencia .....	30
2.4.3 Mortalidad .....	34
2.4.4 Supervivencia .....	37
2.5 Envejecimiento demográfico y cáncer.....	38
2.6 Cáncer, discapacidad y dependencia. ....	41
2.6.1 Discapacidad y cáncer.....	41
2.6.2 Dependencia y cáncer. ....	47
2.7 Apoyo familiar y social. cuidadores. ....	52
2.7.1 Apoyo familiar. ....	53
2.7.2 Apoyo formal.....	56
2.7.3 La mujer como cuidadora principal, un rol de género. ....	58
2.7.4 Sobrecarga del cuidador principal.....	59
2.8 Incapacidad laboral, baja laboral, autónomos, desempleo, salario mínimo interprofesional, prestaciones, seguridad social. ....	61
2.8.1 Discapacidad e Incapacidad. Diferentes conceptos.....	61
2.8.2 Incapacidad Laboral Temporal (IT).....	62
2.8.3 Incapacidad Laboral Permanente (IP). ....	67
2.8.4 Desempleo.....	71
2.8.5 Autónomos y trabajadores por cuenta propia. ....	74
2.8.6 Renta menor o igual al SMI. ....	77
2.8.7 Prestaciones incluidas dentro del Sistema Nacional de Salud. ....	81
2.9 La pandemia de la covid-19 (2020). impacto económico en pacientes oncológicos. ....	84

2.9.1 La pandemia de la COVID-19 (2020).....	84
2.9.2 Impacto económico de la pandemia en pacientes oncológicos. ....	86
2.10 Costes directos e indirectos del cáncer.....	88
2.10.1 Costes directos y costes indirectos del proceso oncológico. ....	89
2.10.2 Impacto económico de la enfermedad de cáncer. ....	92
2.11 Estrategias y políticas públicas en pacientes oncológicos. ....	95
2.12 Justificación de la investigación. ....	97
<b>3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS. ....</b>	<b>99</b>
3.1 Hipótesis de trabajo y principales objetivos alcanzar .....	100
<b>4. METODOLOGÍA. ....</b>	<b>103</b>
4.1 Diseño del estudio.....	104
4.2 Emplazamiento .....	104
4.3 Selección de la muestra .....	104
4.4 Criterios.....	104
4.4.1 Criterios de inclusión.....	104
4.4.2 Criterios de exclusión.....	105
4.4.3 Criterios de retirada .....	105
4.5 Tamaño de la muestra .....	106
4.6 Fuentes y recogida de datos. ....	108
4.7 Descripción de las variables .....	108
4.8 Instrumentos de evaluación y recogida de resultados .....	109
4.8.1 Escala de medida: <i>Índice de Barthel</i> .....	110
4.8.2 Escala de medida: <i>Lawton y Brody</i> .....	111
4.8.3 Escala de medida: <i>Test de sobrecarga del cuidador principal ZARIT</i> . .....	112
4.8.4 Escala de medida: <i>Escala ECOG</i> . ....	113
4.8.5 Escala de medida: <i>Cuestionario EUROQOL-5D</i> .....	114
4.8.6. Cuestionario de auto-cumplimentación creado para el estudio. ....	115
4.8.7 Evaluación de variables. ....	115
4.9 Procedimiento .....	116
4.10 Aspectos éticos del proyecto.....	118
<b>5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>121</b>
5.1 Análisis estadístico de los datos .....	122
5.2 Estadística descriptiva .....	122
5.3 Estadística analítica .....	123

<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>127</b>
6.1 Datos sociodemográficos.....	128
6.2 Estadística descriptiva. ....	128
6.3 Estadística analítica. ....	187
6.4 ESTRUCTURA DE COSTES.....	306
6.4.1 Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer; valores promediados.....	307
6.4.2 Cuantía de ingresos anuales netos durante último año fiscal; valores promediados.....	309
6.4.3 Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados.....	311
6.4.4 Gastos extraordinarios en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	313
6.4.5 Gastos extraordinarios en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	315
6.4.6 Gastos extraordinarios en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento; valores promediados. ....	317
6.4.7 Gastos extraordinarios en el último año en traslados al hospital; valores promediados. ....	319
6.4.8 Gastos extra-TOTAL de farmacia y/o parafarmacia, material ortopédico, ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente y traslados hospital para persona enfermad. ....	323
<b>7. INGRESOS VS GASTOS. LA REALIDAD SOCIAL DEL CÁNCER. ....</b>	<b>323</b>
<b>8. DISCUSIÓN. ....</b>	<b>327</b>
8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	337
8.2 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN. ....	337
<b>9. CONCLUSIONES. ....</b>	<b>339</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA. ....</b>	<b>343</b>
<b>ANEXOS. ....</b>	<b>373</b>
ANEXO I:CUESTIONARIO AUTO-CUMPLIMENTACIÓN CREADO PARA EL ESTUDIO .....	374
ANEXO II:ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL.....	379
ANEXO III:ESCALA DE LAWTON Y BRODY .....	380
ANEXO IV:ESCALA ZARIT.....	381
ANEXO V:ESCALA ECOG .....	382
ANEXO VI:CUESTIONARIO EUROQOL-5D (EQ-5D).....	383
ANEXO VII:RESUMEN RESULTADOS ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	384

## **ABREVIATURAS**

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **AECC:** Asociación Española Contra el Cáncer.
- **GLOBOCAN:** Global Cancer Observatory.
- **IARC:** International Agency for Research on Cancer.
- **SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica
- **REDECAN:** Red Española de Registros de Cáncer
- **SEER:** Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **CDE:** Consejo de Europa.
- **NCI:** Instituto Nacional del Cáncer.
- **CIS:** Centro de Investigaciones Sociológicas.
- **ONCYL:** Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León
- **AVD:** Actividades de la vida diaria.
- **BVD:** Actividades básicas de la vida diaria.
- **AIDVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria.
- **SS.SS:** Servicios Sociales.
- **MITRAMISS:** Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España.
- **INSS:** Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- **ISM:** Instituto Social de la Marina
- **EVI:** Equipo de valoración de incapacidades
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **SACYL:** Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
- **CAUSA:** Complejo asistencial universitario de Salamanca.
- **GEPAC:** Grupo Español de pacientes con Cáncer.
- **NIH:** Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de SALUD de EEUU.
- **IT:** Incapacidad laboral temporal.
- **IP:** Incapacidad laboral Permanente.
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado.
- **MCSS:** Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

- **RGSS**: Régimen General de la Seguridad Social.
- **CC.AA**: Comunidades Autónomas.
- **C.C**: Contingencia común.
- **G.I.**: Gran Invalidez.
- **S.S.**: Seguridad Social.
- **SMI**: Salario Mínimo Interprofesional.
- **PIB**: Producto Interior Bruto.
- **ERTE**: Expediente de Regulación Temporal de Empleo.
- **AROPE**: Indicador de pobreza y exclusión social.
- **EA**: Enfermedad tipo Alzheimer.
- **IB**: Índice de Barthel.
- **LB**: Índice de Lawton y Brody.
- **ECOG**: Eastern Cooperative Oncology Group.
- **ZARIT**: Caregiver Burden Interview.
- **EQ-5D**: European Quality of Life-5 Dimensions.
- **ASEAN**: Association of Southeast Asian Nations
- **ELA**: Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- **CBE**: Comité de Bioética.



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor para ambos sexos. ....	27
<b>Tabla 2.</b> Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor en varones. ....	28
<b>Tabla 3.</b> Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor en mujeres. ....	29
<b>Tabla 4:</b> Población con discapacidad de Castilla y León según edad y sexo (2015- 2018). ....	46
<b>Tabla 5:</b> Población con discapacidad de Castilla y León por tipo de discapacidad. ....	47
<b>Tabla 6.</b> Parámetros, valores y nivel de confianza de nuestra investigac. ....	108
<b>Tabla 7.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de participante”. ....	129
<b>Tabla 8.</b> Distribución de frecuencias “Género de los participantes”. ....	132
<b>Tabla 9.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Estado civil del paciente”. ..	133
<b>Tabla 10.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Nivel de estudios”. ....	135
<b>Tabla 11.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Profesión del paciente”. ..	136
<b>Tabla 12.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Lugar de residencia de paciente”. ....	138
<b>Tabla 13.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Situación laboral actual”. ..	139
<b>Tabla 16.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Estado civil cuidador principal del paciente”. ....	144
<b>Tabla 17.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Grado parentesco del cuidador principal del paciente”. ....	146
<b>Tabla 18.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de cuidador principal de paciente”. ....	147
<b>Tabla 19.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Tipo de cáncer” .....	150
<b>Tabla 20.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Estadio de la enfermedad” .....	151
<b>Tabla 21.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Meses transcurridos desde diagnóstico” .....	153
<b>Tabla 22.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Efectos secundarios del tratamiento del paciente” .....	158
<b>Tabla 23.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico” .....	160

<b>Tabla 24.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Comorbilidades asociadas después de diagnóstico” .....	162
<b>Tabla 25.</b> Estadísticos descriptivos de las variables diferentes “Aspectos económicos de la enfermedad” .....	164
<b>Tabla 26.</b> Estadísticos descriptivos de las variables “Ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal” .....	165
<b>Tabla 27.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer” .....	166
<b>Tabla 28.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer” .....	168
<b>Tabla 29.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia” .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Tabla 30.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica” .....	171
<b>Tabla 31.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio” .....	172
<b>Tabla 32.</b> Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados a hospital” .....	174
<b>Tabla 33.</b> Estadísticos descriptivos de la escala “Puntuación Barthel” .....	176
<b>Tabla 34.</b> Estadísticos descriptivos “Puntuación Lawton y Brody” .....	179
<b>Tabla 35.</b> Estadísticos descriptivos de la escala “Ecog” .....	182
<b>Tabla 36.</b> Estadísticos descriptivos de la escala “Zarit” .....	186
<b>Tabla 37.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Género. ....	190
<b>Tabla 38.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Lugar de residencia de paciente. ....	191
<b>Tabla 39.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Nivel de estudios .....	193
<b>Tabla 40.</b> Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios secundarios”. Prueba U de Mann-Whitney .....	194
<b>Tabla 41.</b> Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney .....	195
<b>Tabla 42.</b> Estadísticos de Contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	195
<b>Tabla 43.</b> Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios secundarios”. Prueba U de Mann-Whitney .....	197
<b>Tabla 44.</b> Estadísticas de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney .....	197
<b>Tabla 45.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	198

<b>Tabla 46.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.....	199
<b>Tabla 47.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios superiores” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.....	200
<b>Tabla 48.</b> Estadísticas de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	200
<b>Tabla 49.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.....	201
<b>Tabla 50.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios superiores” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.....	202
<b>Tabla 51.</b> Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	202
<b>Tabla 52.</b> Prueba de H de Kruskal-Wallis. Variable de agrupación: Estado civil del paciente. ....	204
<b>Tabla 53.</b> Estadístico de contraste simple “Soltero” con “Casado”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	205
<b>Tabla 54.</b> Estadísticos de contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.....	205
<b>Tabla 55.</b> Estadísticos de contraste simple “Soltero” con “Viudo”.....	205
<b>Tabla 56.</b> Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”.....	206
<b>Tabla 57.</b> Estadísticos de contraste simple “Casado” con “Viudo”.....	206
<b>Tabla 58.</b> Estadísticos de Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.....	207
<b>Tabla 59.</b> Estadística de contraste simple “Soltero” con “Casado” ..	208
<b>Tabla 60.</b> Estadísticas de contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.....	208
<b>Tabla 61.</b> Estadísticas de Contraste simple “Soltero” con “Viudo”.....	209
<b>Tabla 62.</b> Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”.....	209
<b>Tabla 63.</b> Contraste simple “Casado” con “Viudo”..	210
<b>Tabla 64.</b> Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”.....	210
<b>Tabla 65.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Profesión del paciente.....	211
<b>Tabla 66.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Activo laboral por cuenta ajena”. Prueba U de Mann-Whitney.....	212
<b>Tabla 67.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “No activo laboral”. ....	212
<b>Tabla 68.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Otro”.. ...	213
<b>Tabla 69.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “No activo laboral”. Prueba U de Mann-Whitney. ....	213

<b>Tabla 70.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “Otro”.....	214
<b>Tabla 71.</b> Contraste simple “No activo laboral” con “Otro”.....	214
<b>Tabla 72.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Activo laboral por cuenta ajena”. Prueba U de Mann-Whitney.....	215
<b>Tabla 73.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “No activo laboral”.....	216
<b>Tabla 74.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Otro”.. ...	216
<b>Tabla 75.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “No activo laboral”. Prueba U de Mann-Whitney.....	217
<b>Tabla 76.</b> Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “Otro”.....	218
<b>Tabla 77.</b> Contraste simple “No activo laboral” con “Otro”.....	218
<b>Tabla 78.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Edad cuidador principal del paciente y Rango promedio. Prueba U de Mann-Whitney.....	220
<b>Tabla 79.</b> Contrastes. Variable de agrupación: Género cuidador principal del paciente. Rangos. Prueba U de Mann-Whitney.....	222
<b>Tabla 80</b> Contrastes. Variable de agrupación: Parentesco del cuidador principal del paciente.....	223
<b>Tabla 81.</b> Contraste simple “Primer Grado” con “Segundo Grado”.....	224
<b>Tabla 82.</b> Contraste simple “Primer grado” con “Cuidador contratado”.....	225
<b>Tabla 83.</b> Contraste simple “Segundo grado” con “Cuidador contratado”.....	225
<b>Tabla 84.</b> Contraste simple “Primer Grado” con “Segundo Grado”.....	226
<b>Tabla 85.</b> Contraste simple “Primer grado” con “Cuidador contratado”.....	227
<b>Tabla 86.</b> Contraste simple “Segundo grado” con “Cuidador contratado”.....	227
<b>Tabla 87.</b> Contrastes. Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente.....	228
<b>Tabla 88.</b> Contraste simple “Soltero” con “Casado”.....	230
<b>Tabla 89.</b> Contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”.....	230
<b>Tabla 90.</b> Contraste simple “Soltero” con “Viudo”.....	230
<b>Tabla 91.</b> Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”.....	231
<b>Tabla 92.</b> Contraste simple “Casado” con “Viudo”.....	231
<b>Tabla 93.</b> Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”.....	232
<b>Tabla 94.</b> Variable económica vs meses transcurridos diagnóstico covid19.	233
<b>Tabla 95.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Meses transcurridos desde diagnóstico. Prueba U de Mann-Whitney.....	234
<b>Tabla 96.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Número de tratamientos. Prueba U de Mann-Whitney.....	236
<b>Tabla 97.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Estadio de la enfermedad.....	238

<b>Tabla 98.</b> Contraste simple “Estadio 0” con “Estadio III” .....	239
<b>Tabla 99.</b> Contraste simple “Estadio III con “Estadio IV” .....	240
<b>Tabla 100.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de cáncer .....	241
<b>Tabla 101.</b> Contraste simple “Digestivo” con “Hematológico” .....	242
<b>Tabla 102.</b> Contraste simple “Pulmón” con “Hematológico” .....	243
<b>Tabla 103.</b> Contraste simple “Mama” con “Hematológico” .....	243
<b>Tabla 104.</b> Contraste simple “Próstata” con “Hematológico” .....	244
<b>Tabla 105.</b> Contraste simple “Otros” con “Hematológico” .....	244
<b>Tabla 106.</b> Contraste simple “Digestivo” con “S.N. Central” .....	245
<b>Tabla 107.</b> Contraste simple “Digestivo” con “Hematológico” .....	245
<b>Tabla 108.</b> Contraste simple “Pulmón” con “Hematológico” .....	246
<b>Tabla 109.</b> Contraste simple “Próstata” con “S.N. Central” .....	246
<b>Tabla 110.</b> Contraste simple “Próstata” con “Hematológico” .....	247
<b>Tabla 111.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico oncológico. ....	250
<b>Tabla 112.</b> Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Sistema genitourinario (...)”. Prueba U de Mann-Whitney .....	251
<b>Tabla 113.</b> Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Sistema musco- esquelético (...)”. Prueba U de Mann-Whitney .....	251
<b>Tabla 114.</b> Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Varios” .....	252
<b>Tabla 115.</b> Contraste simple “Sistema genitourinario (...)” con “Sistema muscoesqueléticas (...)”. Prueba U de Mann-Whitney .....	<b>253</b>
<b>Tabla 116.</b> Contraste simple “Sistema genitourinario (...)” vs “Varios” .....	254
<b>Tabla 117.</b> Contraste simple “Sistema musco-esquelético (...)” vs “Varios” ..	254
<b>Tabla 118.</b> Contraste simple “Tracto alimentario (...)” vs “Varios” .....	258
<b>Tabla 119.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: efectos secundarios del tratamiento en pacientes. ....	261
<b>Tabla 120.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Diagnóstico Covid-19. Prueba U de Mann-Whitney .....	262
<b>Tabla 121.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Sintomatología Covid-19. Prueba U de Mann-Whitney .....	264
<b>Tabla 122.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: T Student.	265
<b>Tabla 123.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Secuelas generadas por Covid-19 .....	<b>266</b>
<b>Tabla 124.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de secuelas generadas por Covid-19 .....	267

<b>Tabla 125.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de secuelas generadas por Covid-19.....	269
<b>Tabla 126.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de síntomas generadas por Covid-19. ....	271
<b>Tabla 127.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Barthel ; autonomía del paciente.....	273
<b>Tabla 128.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria.....	274
<b>Tabla 129.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	275
<b>Tabla 130.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	276
<b>Tabla 131.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	277
<b>Tabla 132.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	277
<b>Tabla 133.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	278
<b>Tabla 134.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	279
<b>Tabla 135.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	279
<b>Tabla 136.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	280
<b>Tabla 137.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney...	280
<b>Tabla 138.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney..	281
<b>Tabla 139.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. ....	283
<b>Tabla 140.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	284
<b>Tabla 141.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	284
<b>Tabla 142.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	285
<b>Tabla 143.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	286
<b>Tabla 144.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	287

<b>Tabla 145.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.....	287
<b>Tabla 146.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria.....	289
<b>Tabla 147.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog: autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.....	290
<b>Tabla 148.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog: autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.....	291
<b>Tabla 149.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog: autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.....	291
<b>Tabla 150.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog: autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.....	291
<b>Tabla 151.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.....	292
<b>Tabla 152.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	292
<b>Tabla 153.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	293
<b>Tabla 154.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	293
<b>Tabla 155.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	294
<b>Tabla 156.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	294
<b>Tabla 157.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	295
<b>Tabla 158.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	295
<b>Tabla 159.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	296
<b>Tabla 160.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	296
<b>Tabla 161.</b> Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog.....	297
<b>Tabla 162.</b> Tabla de contingencia Puntuación Barthel con Escala Zarit . ....	299
<b>Tabla 163.</b> Tabla de contingencia Puntuación Lawton y Brody con Zarit.....	302
<b>Tabla 164.</b> Tabla de contingencia Puntuación Lawton y Brody con Zarit.....	305
<b>Tabla 165.</b> Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total.....	306
<b>Tabla 166.</b> Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total. Valores promediados.....	307
<b>Tabla 167.</b> Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total. Valores promediados.....	309
<b>Tabla 168.</b> Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados.....	311
<b>Tabla 169.</b> Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica. Valores promediados.....	313

<b>Tabla 170.</b> Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	315
<b>Tabla 171.</b> Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	317
<b>Tabla 172.</b> Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital; valores promediados. ....	319
<b>Tabla 173.</b> Tabla Ingresos y gastos de media paciente oncológico y familia.	326



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Envejecer en Europa: un análisis de las personas mayores en UE. ...	8
<b>Figura 2:</b> Personas de $\geq 55$ años, por clase de edad, 2019 y 2050.....	9
<b>Figura 3.</b> Indicadores de estructura de la población, EU-27, 2001-2050 en relación con la dependencia por edad.....	10
<b>Figura 4:</b> La nueva pirámide poblacional comparativa 1975-2010. ....	12
<b>Figura 5:</b> Pirámide de la población empadronada en España enero 2020.....	13
<b>Figura 6.</b> Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles (2020). .	15
<b>Figura 7.</b> Pirámide poblacional comparativa Castilla y León con total nacional (2020).....	16
<b>Figura 8.</b> Incidencia de las enfermedades oncológicas .....	25
<b>Figura 9.</b> Distribución de la incidencia del cáncer con clasificación anatomopatológica .....	26
<b>Figura 10.</b> Tasas de incidencia mundiales estandarizadas por edad y sexo de los principales tumores.....	27
<b>Figura 11.</b> Estimación de la prevalencia total de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020. ....	31
<b>Figura 12.</b> Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020. ....	32
<b>Figura 13.</b> Estimación de la total de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020. ....	33
<b>Figura 14.</b> Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.....	34
<b>Figura 15.</b> Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.....	35
<b>Figura 16.</b> Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 y sexo. Enero a mayo de 2020.....	37
<b>Figura 17.</b> Tasas de incidencia por edad en el momento del diagnóstico, para todos los tipos de cáncer, para todas las razas y ambos sexos.....	40
<b>Figura 18.</b> Mapa de Incapacidad Laboral Temporal (IT).....	66
<b>Figura 19:</b> Mapa de Incapacidad Laboral Permanente (IP).....	70
<b>Figura 20:</b> Número de casos detectados al año en pacientes desempleados en año 2021. ....	71
<b>Figura 21:</b> Número de casos detectados al año en pacientes desempleados por edad y tipo de cáncer. ....	73
<b>Figura 22:</b> Cuantía de desempleo y porcentaje por sexo de percepción de desempleo.....	74

<b>Figura 23:</b> Número de casos detectados al año en pacientes autónomos. ....	75
<b>Figura 24:</b> Número de casos detectados al año en pacientes autónomos por edad y tipo de cáncer. ....	76
<b>Figura 25:</b> Número de casos detectados al año en pacientes con renta menor o igual que SMI. ....	78
<b>Figura 26:</b> Número de casos detectados al año en pacientes con renta menor o igual que SMI por edad y tipo de cáncer. ....	79
<b>Figura 27:</b> Salario Mínimo Interprofesional al mes en euros en España entre 2008- 2021. ....	80
<b>Figura 28:</b> Evolución AROPE en España (2004-2020).....	86
<b>Figura 29:</b> Impacto salud, social y emocional de la COVID-19, 2020.....	87
<b>Figura 30:</b> Posibles cambios provocados por situación de confinamiento debido a COVID-19 en la situación económica del hogar.....	88
<b>Figura 31:</b> Distribución estimada de los costes del cáncer por quien asume los gastos.....	92
<b>Figura 32.</b> Fórmula para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud: cálculo de muestreo que resulte representativo para el estudio.....	107
<b>Figura 33.</b> Representación gráfica de la variable “Edad de participante” en la muestra total.....	130
<b>Figura 34.</b> Representación gráfica de la variable “Edad” en la muestra total en Diagrama de Caja. ....	131
<b>Figura 35.</b> Representación gráfica de la variable “Género de los participantes” en la muestra total.....	132
<b>Figura 36.</b> Representación gráfica de la variable “Estado civil del paciente”. ....	134
<b>Figura 37.</b> Representación gráfica de la variable “Nivel de estudios”.....	135
<b>Figura 38.</b> Representación gráfica de la variable “Profesión del paciente”....	137
<b>Figura 39.</b> Representación gráfica de la variable “Lugar de residencia del paciente”.....	138
<b>Figura 40.</b> Representación gráfica de la variable “Situación laboral actual”. .	140
<b>Figura 41.</b> Representación gráfica de la variable “Tipo de incapacidad laboral”. 142	
<b>Figura 42.</b> Representación gráfica de la variable “Género de cuidador principal del paciente”.....	143
<b>Figura 43.</b> Representación gráfica de la variable “Estado civil del cuidador principal del paciente”. ....	145
<b>Figura 44.</b> Representación gráfica de la variable “Grado parentesco del cuidador principal del paciente”.....	146
<b>Figura 45.</b> Representación gráfica de la variable “Edad de cuidador principal de paciente”.....	148

<b>Figura 46.</b> Representación gráfica de la variable “Edad cuidador principal del paciente” en la muestra total en Diagrama de Caja. ....	149
<b>Figura 47.</b> Representación gráfica de la variable “Tipo de cáncer”. ....	150
<b>Figura 48.</b> Representación gráfica de la var. “Estadio de la enfermedad” ....	152
<b>Figura 49.</b> Representación de la var. “Meses transcurridos desde el diagnóstico”. ....	154
<b>Figura 50.</b> Bloxpot de la var. “Meses transcurridos desde el diagnóstico” ....	155
<b>Figura 51.</b> Figura de la variable “Número de tratamientos”. ....	156
<b>Figura 52.</b> Bloxpot de la variable “Número de tratamientos” ....	157
<b>Figura 53.</b> Figura de la variable “Efectos secundarios en el paciente del tratamiento”. ....	159
<b>Figura 54.</b> Figura de la variable “Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico”. ....	161
<b>Figura 55.</b> Figura de la variable “Comorbilidades asociadas después de diagnóstico”. ....	163
<b>Figura 56.</b> Figura de la variable “Ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. ....	165
<b>Figura 57.</b> Figura de la variable “Ingresos anuales netos del hogar desde el diagnóstico de cáncer” ....	167
<b>Figura 58.</b> Figura de la variable “Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer”. ....	168
<b>Figura 59.</b> Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia” ....	170
<b>Figura 60.</b> Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica” ....	172
<b>Figura 61.</b> Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio”. ....	173
<b>Figura 62.</b> Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados a hospital”. ....	175
<b>Figura 63.</b> Figura de la variable “Puntuación Barthel”. ....	177
<b>Figura 64.</b> Figura de la variable “Puntuación Barthel”. ....	178
<b>Figura 65.</b> Figura de la variable “Puntuación Lawton y Brody”. ....	180
<b>Figura 66.</b> Figura de la variable “Puntuación Lawton y Brody”. ....	181
<b>Figura 67.</b> Figura de la variable “Escala Ecog; autonomía del paciente” ....	183
<b>Figura 68.</b> Figura de la variable “Escala Ecog; autonomía del paciente” ....	184
<b>Figura 69.</b> Bloxpot valores alejados variable Escala Ecog ....	185
<b>Figura 70.</b> Figura de la variable Escala Zarit: sobrecarga del cuidador. ....	187
<b>Figura 71.</b> Figura de la variable Escala Zarit: sobrecarga del cuidador. ....	187

<b>Figura 73.</b> Puntuación Barthel con Escala Zarit.....	300
<b>Figura 73.</b> Puntuación Lawton y Brody con Escala Zarit. ....	303
<b>Figura 74.</b> Puntuación ECOG con Escala Zarit. ....	305
<b>Figura 75.</b> Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer; valores promediados. ....	308
<b>Figura 76.</b> Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal; valores promediados. ....	310
<b>Figura 77.</b> Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados. ....	312
<b>Figura 79.</b> Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	316
<b>Figura 80.</b> Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados. ....	318
<b>Figura 81.</b> Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital; valores promediados .....	320



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



# ***1. INTRODUCCIÓN***

En las últimas décadas, los avances clínicos en la investigación contra el cáncer han permitido aumentar considerablemente la supervivencia de los pacientes a través de nuevos tratamientos esperanzadores.

El número de casos de cánceres diagnosticados ha aumentado como consecuencia del aumento poblacional, del envejecimiento, hábitos de vida no saludables y detección precoz.

El paciente con cáncer ha pasado de forma paulatina a ser considerado centro de atención e intervención desde el momento de su diagnóstico; está rodeado de diferentes profesionales que evalúan diferentes situaciones de necesidad durante el proceso evolutivo de enfermedad con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Las diferentes necesidades, sentidas por el paciente, han permitido cuestionarnos como existen desde el diagnóstico y durante el proceso evolutivo aspectos importantes que no se están teniendo en cuenta o quizás no se están considerando como se deberían.

En la práctica profesional el contacto con jefe de servicio de oncología, médicos oncólogos, jefas de unidad, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, psico oncólogos, trabajadores sociales, etc. ha evidenciado, que existen necesidades psicosociales que son una realidad social diaria del paciente con cáncer.

El impacto socioeconómico puede definirse como el gasto adicional que sufraga el paciente y la familia derivado del tratamiento oncológico, cuando además de tener que hacer frente a este gasto, tienen que asumir una situación de reducción de ingresos en el hogar a consecuencia de tener cáncer.

El gasto que afronta el paciente y la familia está relacionado con gastos adicionales en la compra de fármacos, compra de material ortopédico, gastos adicionales en la ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente y gastos adicionales derivados de los desplazamientos para recibir tratamientos.

Las prestaciones públicas son insuficientes para hacer frente a estos gastos, y en el mejor de los casos, corresponden con el pago de una cuantía en porcentaje de su gasto adicional a través de un copago.

Parece controvertido pensar, que además de tener cáncer, tenemos que hacer frente a una reducción de ingresos y, en suma, a diferentes gastos adicionales que pueden suponer una situación de vulnerabilidad socioeconómico y/o acrecentada ésta, suponer una posible situación de exclusión social por tener cáncer.

La hipótesis que nos surge es que “la enfermedad oncológica produce en muchos pacientes desde su diagnóstico y a lo largo del proceso de su enfermedad, necesidades físicas y psicosociales no financiadas por el sistema público de salud que pueden provocar un impacto económico y emocional en el núcleo familiar”

El objetivo central del estudio es identificar y analizar el coste adicional y el impacto socioeconómico que supone la enfermedad oncológica en los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer y sus familias.

Para llevar a cabo el estudio, el trabajo ha sido estructurado en diferentes apartados.

En el primer apartado de “Marco teórico” analizamos las diferentes conceptualizaciones que rodean al cáncer en términos de salud y determinantes, envejecimiento demográfico, conceptos como discapacidad y dependencia, así como lo relacionado al apoyo familiar e incapacidades laborales. También analizamos aspectos de costes directos e indirectos del cáncer y como incide la COVID-19.

En el segundo apartado de “Hipótesis y objetivos” formulamos objetivo general, así como objetivos específicos del estudio.

En el tercer apartado de “Metodología” precisamos las líneas de diseño, emplazamiento en el que se lleva a cabo el estudio, selección y tipo de muestra, criterios, tamaño, fuentes, instrumentos de medida, procedimiento y aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto y quinto de “Estadísticas” y “Resultados” nos referimos al análisis estadístico descriptivo y analítico de la muestra de estudio.

En el sexto apartado de “Ingresos vs gastos. La realidad social del cáncer” precisamos cuales son los ingresos en el hogar del paciente y los gastos reales acercándonos a su realidad social frente a la enfermedad.

Terminamos con los últimos apartados discutiendo y concluyendo, lo que ha supuesto nuestra investigación.





VNiVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***2. MARCO TEÓRICO***

## **2.1 Concepto de salud y sus determinantes.**

La salud es un concepto *multidimensional* que tiene en cuenta las diferentes áreas que rodean a la persona como ente biopsicosocial. Dicha concepción tiene en cuenta la calidad de vida de la propia persona, su bienestar individual y su bienestar social.

El psicoanálisis como movimiento fue uno de los primeros en afirmar la importancia de los factores intrapsíquicos no relacionados directamente con el apartado orgánico del individuo, es decir, factores relacionados directamente con el apartado biológico. También lo fue el conductismo reafirmando la importancia del ambiente como causante y marco de la conducta y/o el modelo psicoanalítico borrando los límites entre salud y enfermedad, entre neurosis y psicosis (1).

El concepto salud abarca mucho más que la consideración del apartado biológico del individuo, y es que tiene en cuenta el bienestar subjetivo y objetivo del contexto, teniendo en cuenta las consideraciones culturales y los factores relacionales del propio contexto de la persona.

Contextualizamos a través de De Miguel como el concepto salud y los criterios que lo definen dependen de las condiciones históricas, culturales y de la sociedad comunidad en la que se formula y se acepta (1,2), nuestra actualidad rompe con la antigua dicotomía conceptual biológica de salud-enfermedad para considerar la pluralidad de los factores que intervienen en la salud del individuo.

Hurtado y colaboradores afirman la importancia que adquiere la consideración de la salud “plena e integral” abarcando la contemplación y consideración de aspectos ambientales y espirituales, así como la importancia del propio individuo en su interdependencia con el resto de los seres vivos, es decir, su capacidad de relación en su entorno social (3,4).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] define acertadamente el concepto de salud cómo “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (5,6) comprendiendo

este estado como un proceso en el cual la persona desarrolla sus máximas capacidades actuales y potenciales teniendo una plenitud de su autorrealización como entidad personal y social.

La consideración holística e integral del término salud en sus múltiples escenarios llega hasta la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS e incluso hasta la trascendental Carta de Ottawa del año 1986; la salud no es sólo un derecho sino una concepción en la que tener en cuenta recursos económicos, alimenticios, vivienda, sostenibilidad de recursos, poniendo de manifiesto la estrecha relación entre condiciones sociales, condiciones económicas, entorno físico, estilos de vida individuales, etc. (5,6).

Hablamos por tanto de salud en un individuo considerando, además de su parte biológica, la dimensión psicológica y social; no definimos nuestro estado de salud a partir de la ausencia de enfermedad sino desde la consideración holística e integral de los diferentes factores que influyen en la misma.

## **2.2 Envejecimiento demográfico.**

### **2.2.1 Envejecimiento demográfico en la EU-27**

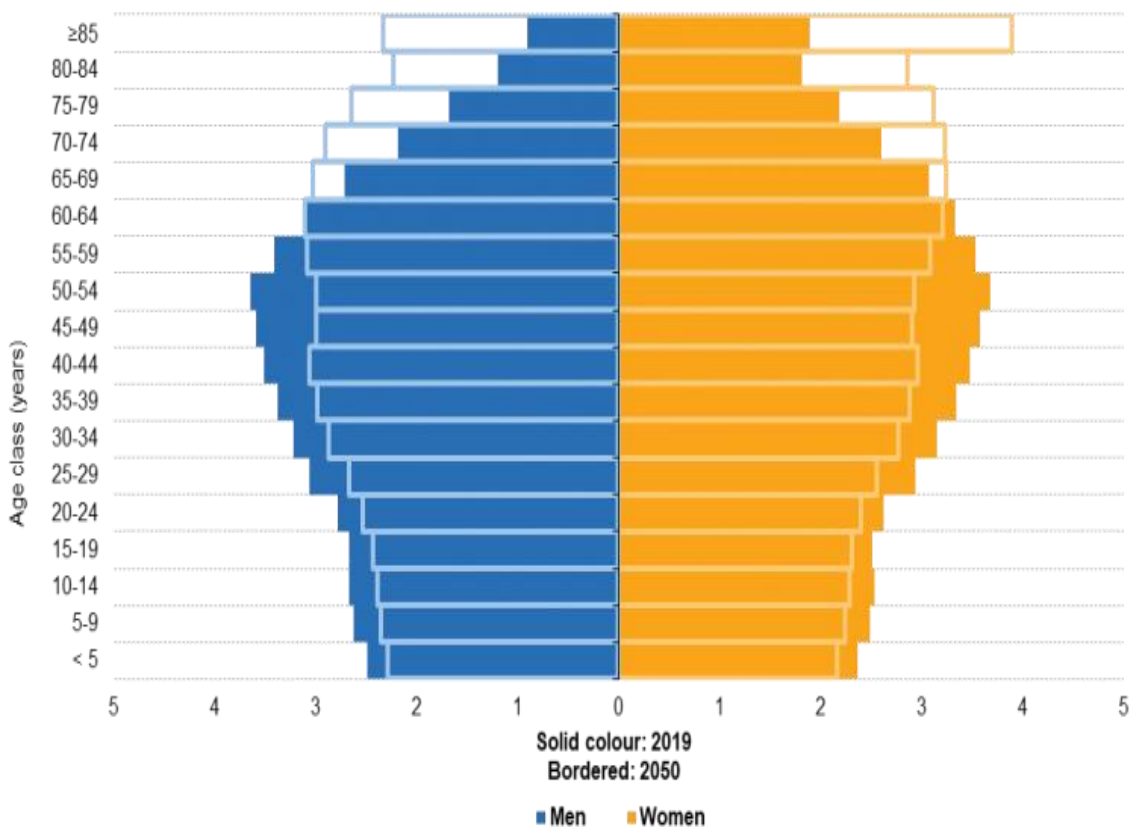
El envejecimiento demográfico que experimenta actualmente Europa es consecuencia de un descenso en la natalidad y de un descenso en la mortalidad.

La proporción de personas en edad de trabajar en la EU-27 está reduciéndose mientras que el número de personas mayores sigue aumentando; este patrón seguirá acentuándose en la medida que la generación que conocemos como «baby-boom» crezca e incremente en edad caminando hacia la etapa de jubilación (7,8).

La existencia de tasas de natalidad bajas y aumento de esperanza de vida están cambiando la pirámide de edad de la EU-27 hacia una población más envejecida reduciéndose la proporción de personas en edad laboral aumentando el número relativo de personas jubiladas (9) (Figura 1)

## Population pyramids, EU-27, 2019 and 2050

(% share of total population)



Note: all data as of 1 January. 2019: estimates and provisional. 2050: population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019).

Source: Eurostat (online data codes: demo\_pjangroup and proj\_19np)

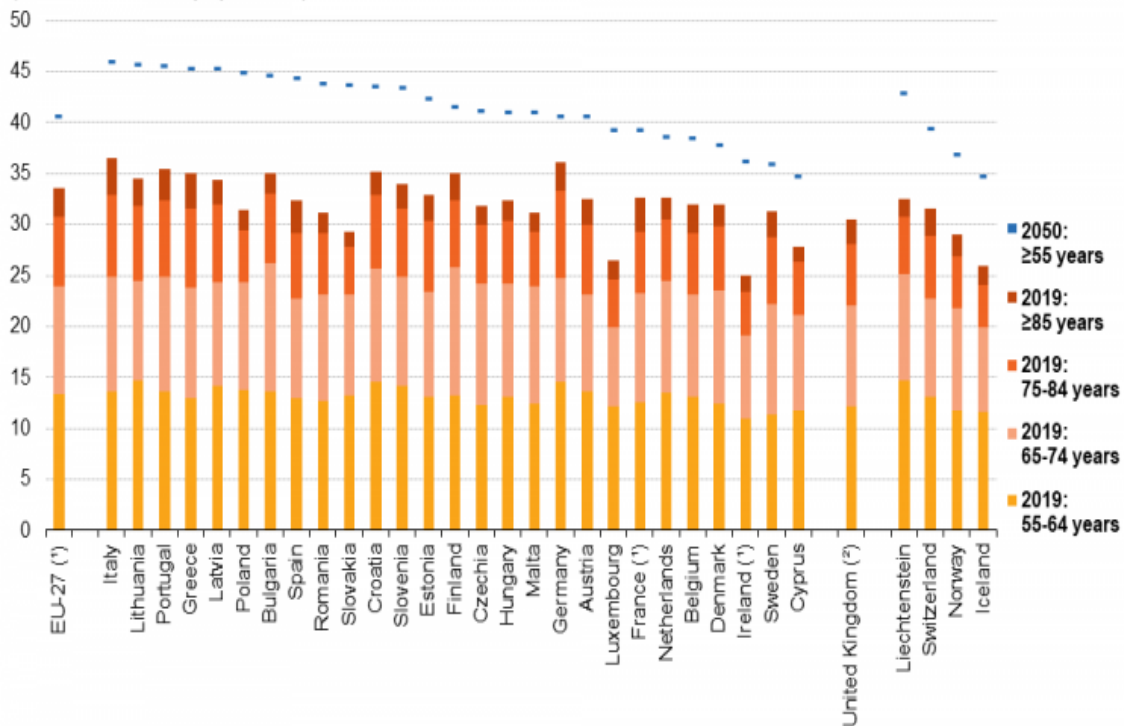
eurostat 

Figura 1. Envejecer en Europa: un análisis de las personas mayores en la UE.  
Fuente: Eurostat, 2019.

La previsión de la población europea total es que aumente ligeramente de 446,8 millones a principios de 2019 a un máximo de 449,3 millones durante el periodo 2026-2029 antes de caer a los 441,9 millones en 2050; con este fenómeno debemos tener en cuenta que el número de centenarios aumentará significativamente pasando de 90,5 millones a principios de 2019 a 129,8 millones a 2050 (Figura 2)

## People aged ≥55 years, by age class, 2019 and 2050

(% share of total population)



Note: all data as of 1 January. Ranked on the projected share of people aged ≥55 years in the total number of inhabitants in 2050 (according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019)).

(\*) Estimates and/or provisional.

(?) Population projections for 2050: not available.

Source: Eurostat (online data codes: demo\_pjangroup and proj\_19np)

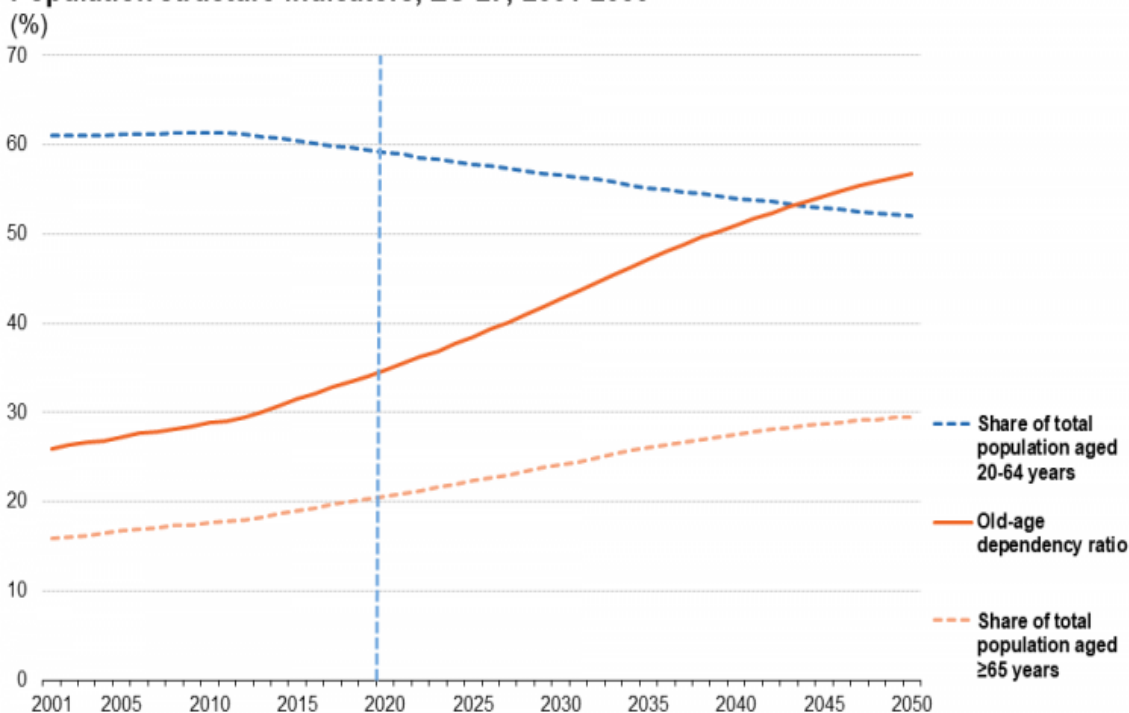
eurostat

Figura 2: Personas de ≥ 55 años, por clase de edad, 2019 y 2050 (porcentaje de la población total).

Fuente: Eurostat. 2019.

Los ciudadanos europeos atendiendo a los factores de fertilidad, esperanza de vida, desarrollo social y desarrollo económico tendrán la peculiaridad de ser cada vez más mayores y con una dependencia creciente en la que se prevé que la edad media aumente 4,5 años entre el año 2019 y el año 2050; la previsión es que la dependencia dentro de 50 años aumente más del doble (10) (Figura 3)

### Population structure indicators, EU-27, 2001-2050



Note: the old-age dependency ratio is calculated as the number of people aged ≥65 years divided by the number of people aged 20-64 years, expressed as a percentage.

2008, 2010-2012, 2014-2015 and 2017: breaks in series. 2018 and 2019: provisional. 2020-2050: population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019). The vertical dotted line marks the divide between official historical data and EUROPOP2019 population projections.

Source: Eurostat (online data codes: demo\_pjanind and proj\_19ndbi)

eurostat 

Figura 3. Indicadores de estructura de la población, EU-27, 2001-2050 en relación con la dependencia por edad.

Fuente: Eurostat. 2019.

#### 2.2.2 Envejecimiento demográfico en España.

España ha experimentado en los últimos años un gran proceso de envejecimiento; las causas que pueden explicar este fenómeno son la creciente supervivencia de la población y la consecuente alteración de los roles hasta ahora tradicionalistas asociados a edad y género (10,11) que interfieren en el factor de la fecundidad y por consiguiente en su natalidad.

La esperanza de vida en las personas mayores de 65 años aumenta debido a los avances en la tecnología médica, la universalización de la sanidad pública y mejora de los propios cuidados de las personas; crecen por tanto la población de personas en edad madura o en su primera vejez.

La fecundidad (número de hijos por mujer) ha disminuido. Los recién nacidos actualmente tienen por delante una vida más larga que sus padres; “la humanidad está experimentando una revolución que permite por primera vez en la historia disminuir la fecundidad” (10,11).

El avance en nuestro país no es únicamente en materia de longevidad y supervivencia de los diferentes grupos de edad entre finales de siglo XIX y principios del siglo XX, sino que desde entonces no dejan de cesar estos fenómenos destacando no sólo la existencia de más personas mayores sino la potencialidad en el tiempo éste fenómeno se repita continuamente (12,13)

El Informe de Envejecimiento en Red ENR nos muestra en datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2019 como del total de población española 47.026.208, el porcentaje de personas mayores asciende a 19,3% siendo la edad media de la población 43,3 años muy por encima de los 32,7 años en el año 1970 (15,16).

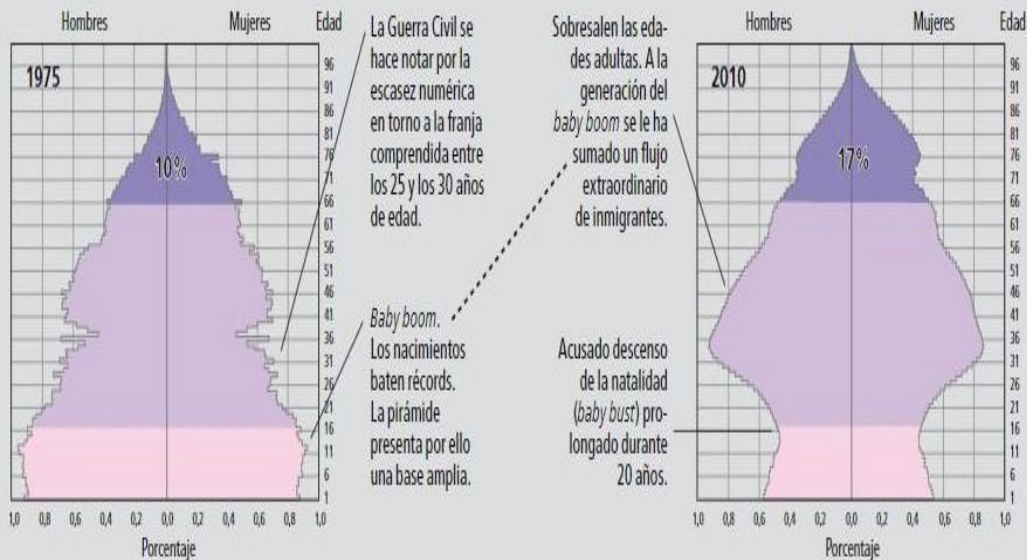
La proporción de personas mayores y por consiguiente también de octogenarios sigue creciendo, siendo un total de 6,1% de la población española llegando los centenarios hasta un total de 16.303 empadronados en el año 2019.

Aumentan las personas de más de 65 años en relación con la población total acumulándose progresivamente por tanto la población en edades altas de la pirámide poblacional; cada vez mueren mayor número de ancianos o muy ancianos.

La transformación evolutiva a través de la siguiente figura (Figura 4) es transparente y clara; observamos como la población encuadrada en el año 1975 dentro del «*baby-boom*» pasa a encontrarse en el cuadrante de la edad adulta de la pirámide poblacional correspondiente al año 2010. También observamos el acusado descenso de la natalidad (10,11).

## LA NUEVA PIRAMIDE POBLACIONAL

La comparación entre la pirámide poblacional actual y la de hace sólo 35 años ofrece una clara imagen de la rápida transformación que ha sufrido la población española durante los últimos años (la proporción de mayores de 64 años ha pasado del 10 al 17 por ciento). Las causas de ese cambio se hallan en un aumento constante de la supervivencia generacional.



36

INVESTIGACION Y CIENCIA, noviembre, 2010

Figura 4: La nueva pirámide poblacional comparativa 1975-2010.  
Fuente: Investigación y ciencia, 2010.

Hablamos de “envejecimiento demográfico” a la nueva configuración que adquiere la pirámide poblacional; crece en nuestro país el porcentaje de personas mayores de 64 años hasta establecernos en el 20% frente al 10% del año 1975. Conforme se generaliza la supervivencia hacia la primera vejez, se produce *sobre-envejecimiento*; cada vez es mayor el número de personas que alcanza edades muy avanzadas, siendo actualmente el grupo que crece con mayor rapidez (10,11).

Detalla Vienesua al hablar del envejecimiento de la población en nuestro país, que ha sucedido el denominado “envejecimiento por la cúspide de la pirámide” en el que ha aumentado la proporción de personas mayores, con un



crecimiento más rápido que el resto de los rangos de edad y mantenimiento de este ritmo durante largos periodos de tiempo (16, 17).

Podemos observar en la siguiente figura (Figura 5) con datos más recientes del año 2020 como se ha invertido la pirámide poblacional sobre todo en la comparativa con 40-50 años atrás; y es que ahora tenemos un estrechamiento en la base y un desplazamiento de la población hacia la parte superior (18,19).

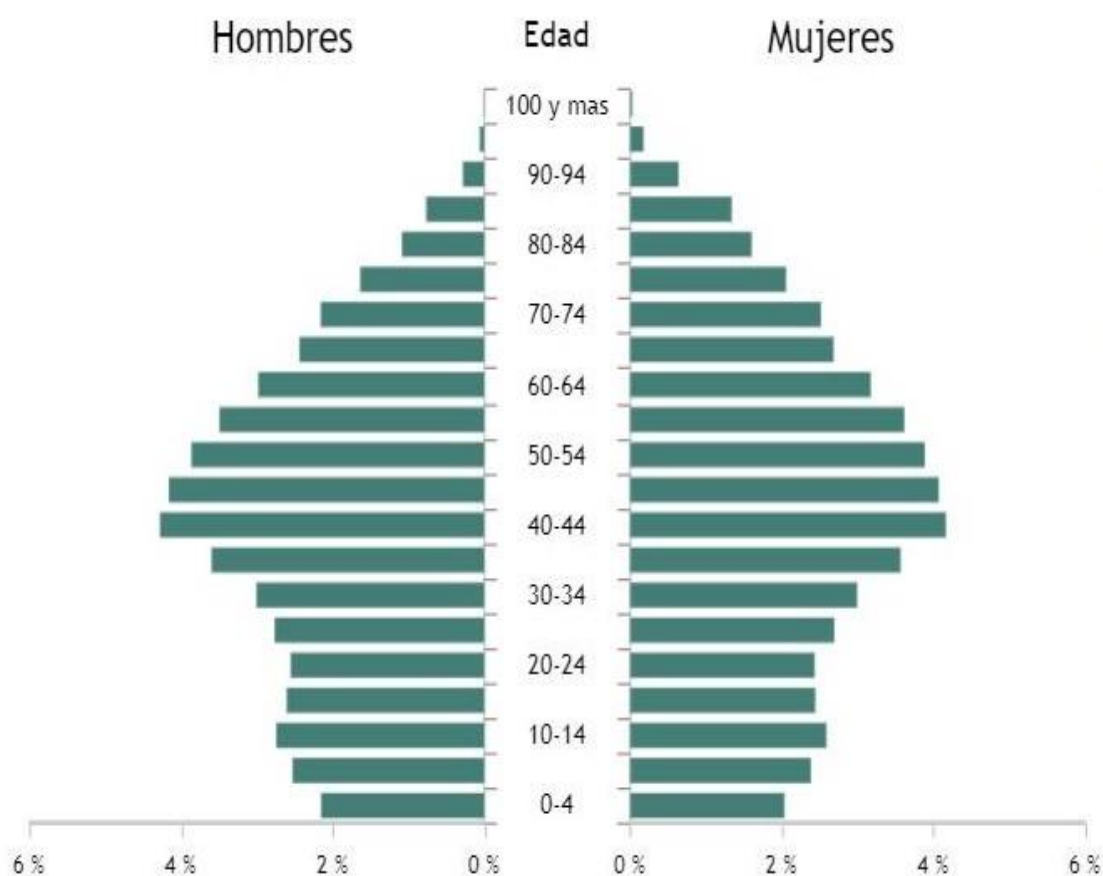


Figura 5: Pirámide de la población empadronada en España enero 2020.  
Fuente: INE, 2020.

De acuerdo con Pardos “la pirámide actual de España es un caso extremo del acelerado proceso de envejecimiento por el descenso de la natalidad, puesto que a principios de 1900 era el país con menos esperanza de vida de Europa (34 años), mientras que en la actualidad está entre los mejores países del mundo en cuanto a longevidad (83 años)” (21,22).

España, por tanto, en relación con factores de evolución en sanidad, nutrición, asistencia social, decrecimiento de la fecundidad y alta longevidad, la consideramos como una de las poblaciones más envejecidas del mundo.

### 2.2.3 Envejecimiento demográfico en la CCAA de Castilla y León.

Castilla y León es la comunidad autónoma española constituida por nueve provincias: Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

Dicha comunidad autónoma cuenta con una extensión de 94.226 km cuadrados en superficie y con el mayor número de municipios de España; un total de 2.248 municipios (23).

Es la comunidad que presenta más número de municipios con menos cantidad de habitantes; 720 municipios tienen menos de 101 habitantes (24) (Figura 6).

Tiene un total de 2.393.139 personas en padrón municipal suponiendo el 5% del total nacional; teniendo la comunidad la peculiaridad de ser una de las 6 regiones de Europa con una población más envejecida.

**Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal, Comunidades y Ciudades Autónomas, Menos de 101, 2021**

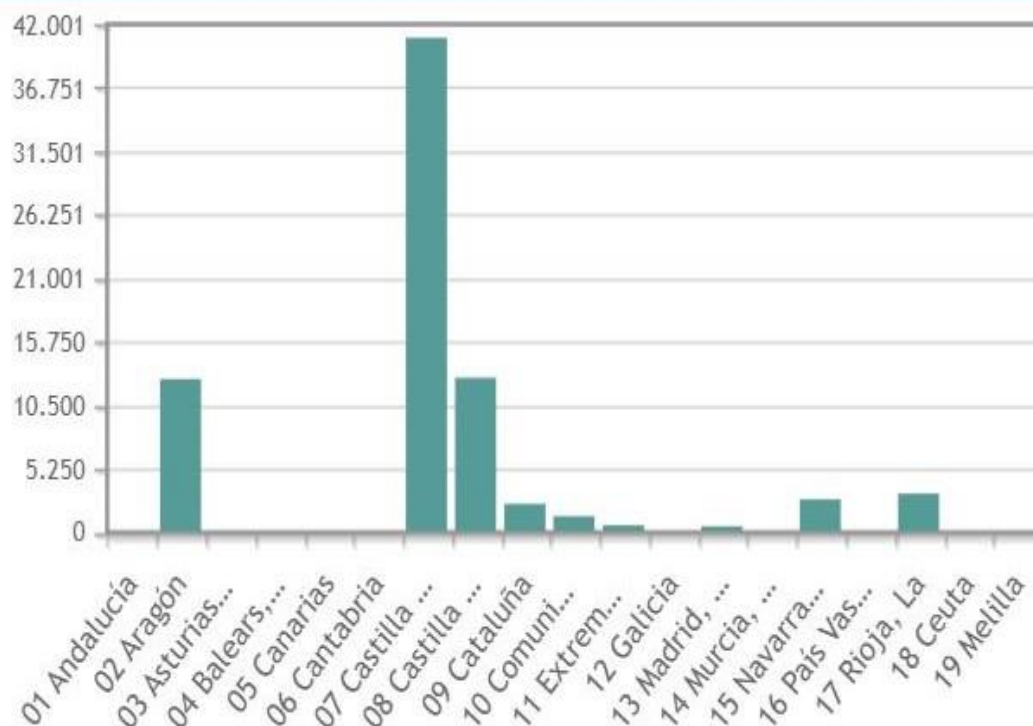


Figura 6. Cifras Oficiales de Población de los Municipios Españoles (2020). Fuente: INE, 2020.

En relación con el envejecimiento total nacional podemos observar con la siguiente figura (Figura 7) como la parte coloreada de verde correspondiente a datos de Castilla y León en relación con el total nacional muestra una menor tasa de natalidad en la zona base de la pirámide y una menor proporción de ciudadanos hasta bien entrada la adultez correspondiente a los años 50-54 años.

A partir de este eslabón de la pirámide, y hacia arriba, entendido este momento de ciclo como etapa de vejez, vemos un aumento considerable siendo mayor que la media nacional.

Podemos concluir, por tanto, que la población de Castilla y León se acumula en las zonas altas de la pirámide poblacional en detrimento de las zonas bajas, datando así el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años.

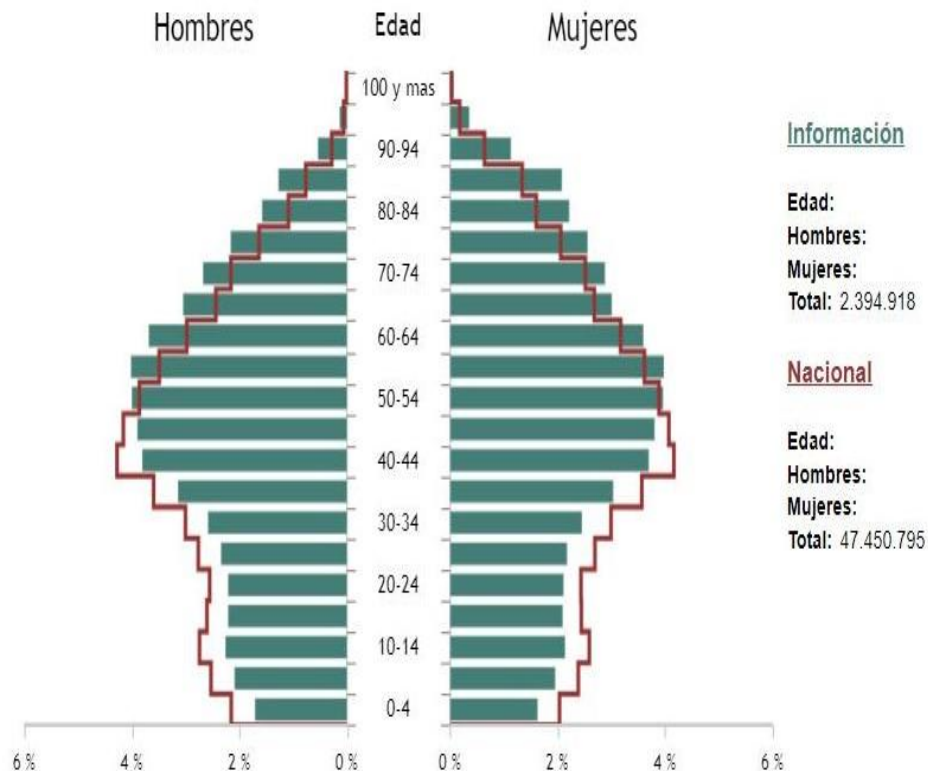


Figura 7. Pirámide poblacional comparativa Castilla y León con total nacional (2020).  
Fuente: INE, 2020.

Asimismo, el hecho de que la población se encuentre asentada en áreas superiores de la pirámide poblacional y la previsión del crecimiento de las personas en edad adulta hacia la vejez, podemos concluir que la población mayor de 65 años va a estar más relacionada con enfermedades crónicas y muy relacionada con conceptos de discapacidad y dependencia (13,25,26,27); sobre todo en lo que a porcentajes de personas se refiere.

Tenemos que ser realistas en este aspecto, y es que el aumento de esperanza de vida trae por consiguiente aumento de prevalencia de enfermedades, entre ellas, enfermedades degenerativas (27,28,29,30).

## 2.3 Cáncer

### 2.3.1 Cáncer

El cáncer entendido como uno de los problemas sanitarios más relevantes por su elevada mortalidad y creciente incidencia (31,32,33) se refiere como terminología a las “neoformaciones malignas que se producen en células derivadas del tejido epitelial (carcinomas), del tejido conectivo (sarcomas), de las células de la glía (glioblastomas) y de los tejidos hematopoyéticos (leucemias y linfomas)” (34,35,36).

El cáncer engloba una serie de enfermedades que tienen factores de riesgo diferentes, localizaciones distintas, cuadros clínicos propios o evolución y pronósticos diversos (34,37); “desde el punto de vista biológico las células cancerosas de los diferentes tumores presentan en común un crecimiento incontrolado, pérdida de la diferenciación y capacidad de extenderse a los tejidos adyacentes (invasión) y migrar a órganos distantes (metástasis)” (34,35,36).

Gavira y colaboradores afirman como el cáncer corresponde con un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de diferentes nuevas células que crecen de forma descontrolada sin ningún tipo de limitación de crecimiento siendo una de las características más peligrosas de las mismas, su autonomía (38,39,40).

Es una enfermedad de los genes; los genes dictaminan las actividades que deben realizar las células en el organismo; “los genes están compuestos de toda la información necesaria a modo de hoja de ruta a través del ADN para realizar las divisiones de forma responsable. Cuando los mecanismos de seguridad inmersos en estas hojas de ruta no funcionan se libera un poder primitivo de división celular irregular que genera mutaciones, creando masas, denominadas <<tumores>> o <<neoplasias>> con capacidad invasiva destruyendo y sustituyendo otros tejidos normales” (41,42,43).

En el progreso evolutivo de la enfermedad, la mayoría de los tumores pueden adquirir la característica de invadir tejidos adyacentes, órganos diferentes al tumor primario, este proceso es conocido como metástasis (34,44,45).

Los tratamientos más comunes contra el cáncer son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y trasplante de células madre (trasplante de médula ósea) (46,47)

### 2.3.2 Cáncer como problema social y sociosanitario.

La enfermedad de cáncer es un problema sociosanitario de gran envergadura en el que paulatinamente se ha pasado de la consideración de la dicotomía salud-enfermedad a la *consideración integral* del individuo en el proceso de enfermedad; además de los tratamientos específicos para el cáncer cada vez más eficaces para diferentes diagnósticos “la atención durante la enfermedad presenta unas necesidades específicas y psicológicas cada vez más complejas que exigen ser abordadas adecuadamente de forma integral (48,49,50).

Las personas a lo largo de nuestro ciclo vital presentamos diferentes necesidades; no nos diferencia de un paciente oncológico en el que las necesidades se suceden en las diferentes fases del proceso propio de la enfermedad; durante la evolución de la enfermedad, los pacientes presentan unas necesidades físicas y psicológicas complejas, que deben ser tratadas adecuadamente.

Afirma García que el cáncer tiene característica social puesto que afecta a cualquier persona, se desarrolla en cualquier edad, incide en cualquier lugar, generando cambios en todo aquello que rodea a la persona diagnosticada en sus diferentes áreas y a su entorno (51); “no sólo afecta a los aspectos médicos, sino que genera también toda una serie de conflictos psicológicos sociales, laborales, familiares y emocionales en la vida de los pacientes (52,53,54,55,56).

La OMS refiere que el cáncer puede llegar en cualquier momento, afectando a cualquier persona, independiente de edad, poder adquisitivo, generando una carga importante para el paciente, familia y personas cercanas tanto en diagnóstico como en proceso de enfermedad (57).

En misma referencia a la OMS destacamos como el concepto de Salud sigue intacto desde su entrada en vigor en el año 1948, y es que, consideramos salud como “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades” (58) poniendo de manifiesto la importancia de tener en cuenta a la totalidad de los determinantes que inciden en la enfermedad de cáncer y en la salud del paciente.

En la necesidad de consideración de mayores determinantes para la salud, manifiesta Rivero que es importante considerar la multitud de determinantes que influyen en la persona “el usuario deja de ser un caso clínico y pasa a ser un objeto biopsicosocial que posee unas características sociales, culturales, económicas, políticas y psicológicas (59).

El cáncer impacta en gran medida en todas las áreas de la persona y de sus familiares; no sólo tiene impacto en su salud, sino que también genera cambios a nivel psicológico y social (60,61,62) apareciendo varios factores ligados a la enfermedad con los cuales la persona nunca había tenido que lidiar, problemas relacionados con su movilidad física, situación laboral, relación familiar, relaciones personales entre otros.

El diagnóstico actúa como un elemento generador de crisis en el seno del núcleo familiar, la enfermedad puede ser vivida como una amenaza que distorsiona las rutinas familiares (60,61,63) incluso, detonando situaciones que a priori antes del cáncer el propio paciente tenía como preocupaciones.

El impacto producido por la enfermedad oncológica es por tanto brutal teniendo repercusiones en las esferas que rodean a paciente; a todo esto, tenemos que sumar aparte del impacto que genera el diagnóstico, el estigma que todavía se tiene asociado a la palabra cáncer, la cirugía que elimina parte

del cuerpo del paciente, los efectos secundarios de los tratamientos, etc., constituyendo una experiencia en muchos casos aterradora y traumática (64,65).

La repercusión que produce la enfermedad en la unidad familiar dependerá de diferentes factores como el grado de madurez del ciclo vital familiar, la capacidad de la familia para hacer frente a dificultades y pérdidas, capacidad de adaptación, costumbres, valores, creencias, nivel socioeconómico de la unidad familiar, grado de dependencia de la persona enferma, pronóstico de enfermedad, redes de apoyo familiares, redes de apoyo extrafamiliar, características personales de los miembros de la familia, etc. (66,67)

El diagnóstico y el proceso oncológico que tiene el paciente puede derivar en situaciones de discapacidad, y, por ende, en el aumento de dependencia definida por el Consejo de Europa (CdE) cómo; “un estado en el que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental necesitan algún tipo de ayuda o asistencia para desarrollar sus actividades diarias” (66,67).

La realidad social de cualquier persona es multivariante, dinámica y cambiante con el paso del tiempo, nuestras realidades a pesar de asentar misma base se modifican (68,69); y, en relación a la realidad social que vivencia la persona diagnosticada con enfermedad de cáncer, la multitud de áreas que conforman su vida hasta ese momento varían de una forma fortuita buscando una nueva forma de equilibrio, una nueva forma de confeccionar su realidad ante un episodio determinante como es padecer una enfermedad de cáncer.

Fernández describe al paciente oncológico como un paciente complejo en el que conjugan problemas de tipo físico, cognitivo y emocional repercutiendo no sólo en el propio individuo sino en el entorno más cercano; el cáncer genera modificación de roles sociales, repercusiones a nivel laboral, cambios a nivel funcional, etc. (37).



Diferentes son las áreas que conforman la realidad de las personas, y por ende la de los pacientes diagnosticados e inclusive la de las familias que acompañan al paciente con cáncer.

Algunas de las áreas en las que la experiencia con los propios pacientes y familiares han denotado más preocupación a través del diagnóstico por su modificación son: área personal, área familiar y entorno, laboral/estudios, vivienda, económicos, emocionales, etc.

- **Área personal:** limitaciones físicas, autonomía para realizar actividades de la vida diaria (ADVD), información de prestaciones, etc.

- **Área familiar y entorno:** comunicación familiar y de pareja, dinámica familiar y roles, sobrecarga persona cuidadora, pérdidas/duelo, no apoyos familiares, situación de riesgo o exclusión, etc.

- **Área laboral y estudios:** relaciones laborales deterioradas, incapacidades, preocupación por vuelta al trabajo, desempleo, falta de cualificaciones, etc.

- **Área Vivienda:** condiciones de habitabilidad, adaptación de vivienda, necesidad de traslado por enfermedad, ausencia de vivienda, etc.

- **Emocionales:** miedo, ira, frustración, culpa, desesperanza, ansiedad, imagen corporal, autoestima, etc.

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) manifiesta como importante generador de crisis en el paciente y en la familia el área de la situación sociolaboral propia del paciente, y es que, “el diagnóstico de cáncer supone una amenaza para todas las esferas de la vida de la persona enferma y de sus familiares, siendo su situación sociolaboral en el momento del diagnóstico, un gran condicionante para las posibles consecuencias que la enfermedad va a tener en los diferentes aspectos de su vida pudiendo resultar éste diagnóstico un

causante o un agravante de riesgo socioeconómico para la subsistencia de la persona y su familia” (70,71).

El cáncer es una *enfermedad sistémica*; no en el sentido de que afecta a todo el cuerpo del paciente a nivel biológico puesto que el diagnóstico puede estar localizado, sino en el sentido en el que afecta a todas las áreas que conforman la vida de la propia realidad de la persona diagnosticada.

En los últimos años ha crecido la necesidad de considerar un modelo médico holístico llamado *modelo biopsicosocial* como respuesta al anticuado modelo biomédico en la consideración del paciente (72,73,74) en el que la persona no solamente está compuesta por la parte biológica visible sino por un compendio de sumatorios psicosociales; siendo el sumatorio de la parte biológica, la parte social y la parte psicológica la que diferencia completamente a una persona de otra.

En los últimos años se ha denotado una preocupación sobre la parte económica que supone encontrarse enfermo de cáncer, y es que, tiene la característica peculiar de no quedar cubierta en sus costos de una forma íntegra por la parte pública en nuestro país, conllevando diferentes costes y gastos; “costes directos médicos, costes indirectos no médicos y costes indirectos” (75).

El cáncer lleva implícita una carga socioeconómica para los pacientes y familiares, así como para la sociedad en conjunto; los pacientes además de sufrir las posibles secuelas físicas y psíquicas, la propia enfermedad y su evolución repercute en su vida laboral y estigma social (76,77).

Muchos son los pacientes que entre sus acuciantes preocupaciones resuenan constantemente pensamientos negativos que generan intranquilidad por las limitaciones que produce su enfermedad.

El diagnóstico puede suponer la pérdida del trabajo o incapacidad para realizar las actividades laborales que realizaban anteriormente, puede suponer la obligatoriedad de los desplazamientos y el abandono de la vivienda habitual

para realizar tratamiento, el pago de una vivienda para mantener la dinámica del tratamiento, el gasto de material ortopédico, la ayuda a domicilio, las adaptaciones en la vivienda..., entre otros.

Debemos tener en cuenta que esto anterior es fruto del propio diagnóstico y de los tratamientos aplicados; pero es obligado pensar que la realidad que presenta cualquier persona *a priori* de cualquier diagnóstico oncológico es heterogénea y compleja en su conjunto.

Con estas palabras me refiero a que antes del diagnóstico existe una realidad social personal vinculada de compromisos como pueden ser pagos de vivienda (alquiler, hipoteca, luz, agua, etc.), gastos derivados de alimentación, gastos derivados del cuidado de personas dependientes o personas menores, gastos académicos/profesionales, gastos personales, etc., que en muchas ocasiones se sustentan con un empleo de la unidad familiar y que debido a la nueva realidad tienen que modificarse todos sus parámetros, suponiendo, en muchas de las ocasiones, un tremendo impacto socioeconómico.

Éste **importante** hecho supone un gran problema para diferentes pacientes y/o familias, inclusive la oncología moderna ha creado el término “**toxicidad financiera**” para referirse a las dificultades que puede encontrar una persona en la lucha contra el cáncer no por motivos médicos, sino económicos (78,79).

## **2.4 Epidemiología del cáncer.**

La enfermedad de cáncer es una de las enfermedades más prevalentes con mayor impacto en la salud siendo una de las principales causas de muerte y de morbilidad de la población mundial; representa el primer motivo de defunciones en hombres y el segundo en las mujeres (80,81).

Para las estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad en el mundo utilizaremos datos obtenidos de Global Cancer Observatory (GCO) elaborado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) que recogen también datos de GLOBOCAN. También utilizaremos datos obtenidos por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Para las estimaciones en España utilizaremos la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), datos obtenidos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

También nos guiaremos de datos y afirmaciones aportadas por la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León (ONCYL), de la cual, por comunidad, nos interesa.

Los datos aportados por las diferentes bases de datos pueden ser ligeramente diferentes en el último año por los efectos de la pandemia de la COVID-19.

La pandemia ha afectado el número de diagnosticados de cáncer en muchos países por lo que probablemente el número real de cánceres datados en el año 2020-2021 sea diferente y haya sido menor en dichas estadísticas y bases de datos.

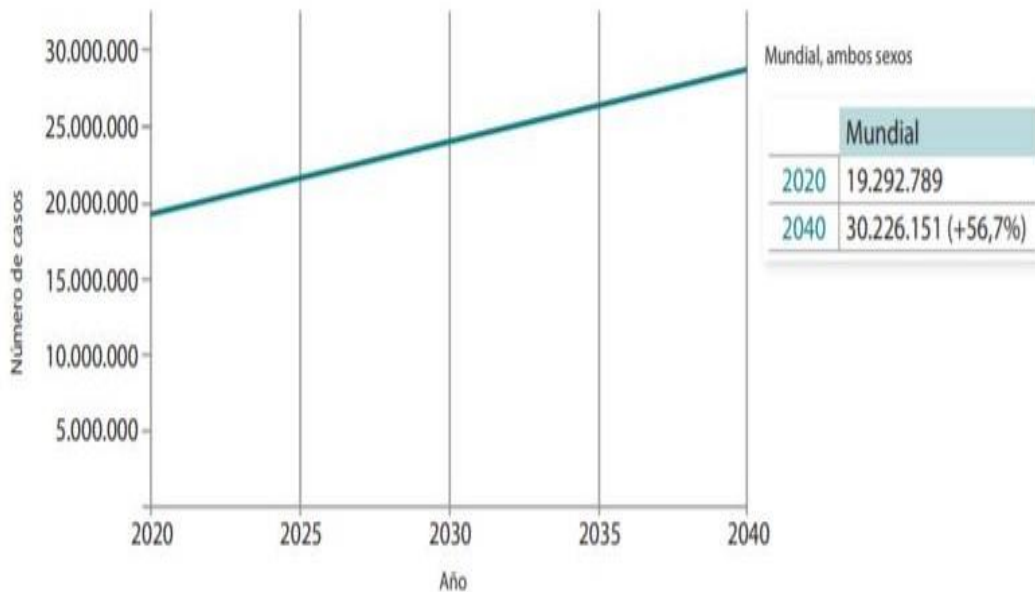
#### 2.4.1 Incidencia

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población en un periodo determinados. Puede expresarse como el número absoluto de casos nuevos en un año o como tasas (número de casos nuevos por 100.000 personas en un año).

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) a través de la International Agency for Research on Cancer afirmó que en el año 2020 se diagnosticaron 19,3 millones de casos nuevos de cáncer en todo el mundo;

teniendo una previsión de 30,2 millones de casos nuevos al año en el año 2040 (Figura 8) (81,82).

**Figura 1.** Incidencia estimada de tumores en la población mundial para los años 2020 y 2040, ambos sexos.



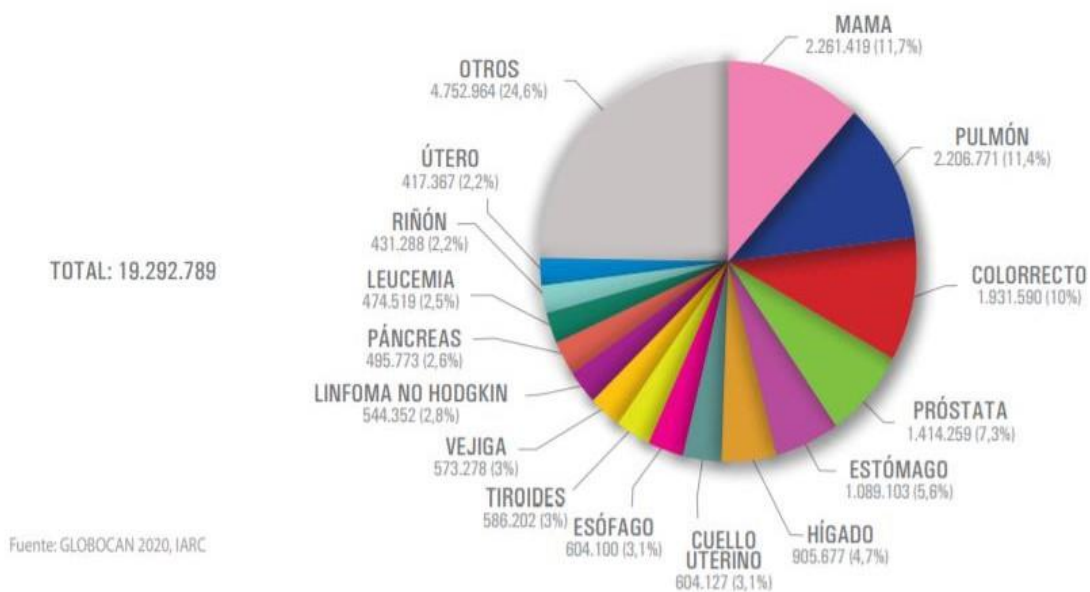
**Figura 8.** Incidencia de las enfermedades oncológicas.

Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), GLOBOCAN 2020.

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en el año 2020 fueron los de mama (que ocupa la primera posición), pulmón, colon y recto, próstata y estómago (Figura 9) (81,82).

Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo en varones fueron próstata, pulmón, colon y recto, y en mujeres, mama, colon, recto y pulmón (Figura 10) (81,82).

**Figura 2.** Tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo. Estimación para el año 2020, ambos sexos.



**Figura 9.** Distribución de la incidencia del cáncer con clasificación anatomopatológica  
Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), GLOBOCAN 2020.

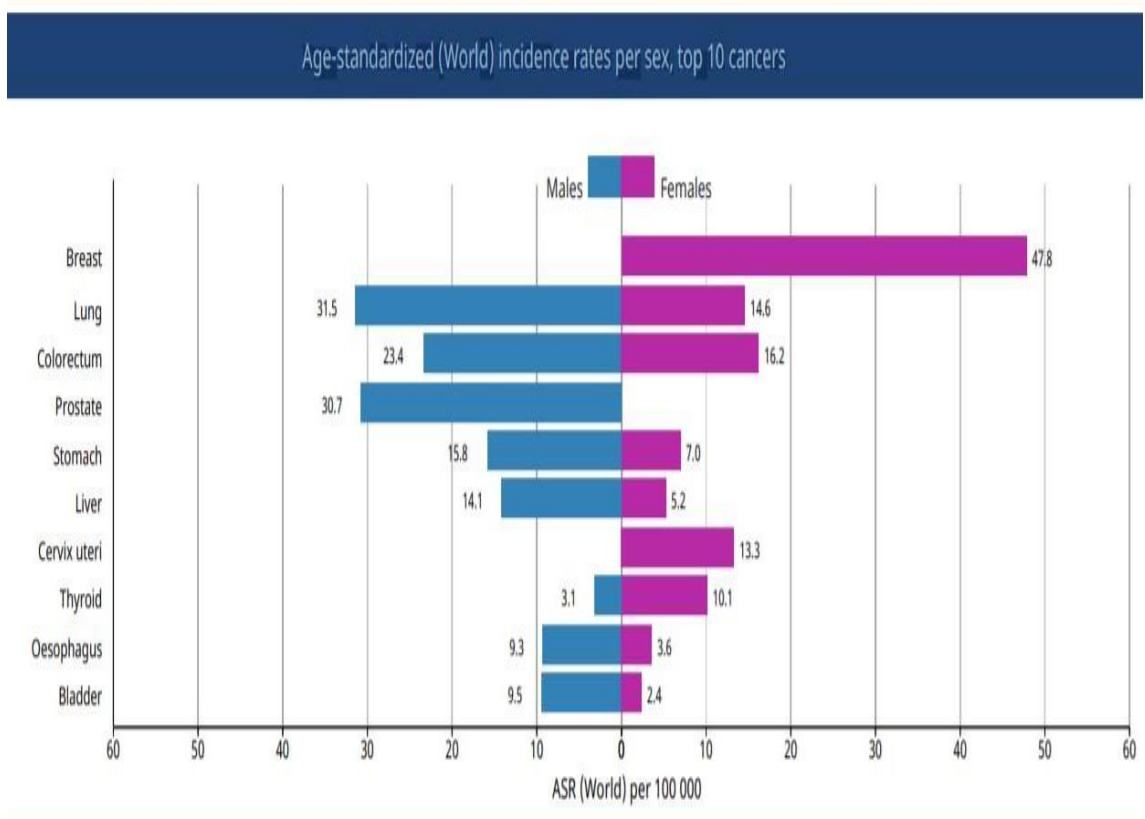


Figura 10. Tasas de incidencia mundiales estandarizadas por edad y sexo de los principales tumores.

Fuente: The Global Cancer Observatory, marzo 2021.

El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2021 son alrededor de los 276.239 nuevos casos siendo los más frecuentes los de colon y recto (43.581 nuevos casos), próstata (35.764), mama (33.375), pulmón (29.549) y vejiga (20.613) (Tabla 1) (81,82).

**Tabla 2.** Estimación del número de nuevos casos de cáncer en España para el año 2021 según tipo tumoral (excluidos los tumores cutáneos no melanoma) (ambos sexos).

TIPO TUMORAL	N
Cavidad Oral y Faringe	8.188
Esófago	2.368
Estómago	7.313
Colon y recto	43.581
Colon	29.372
Recto	14.209
Hígado	6.590
Vesícula biliar	3.008
Páncreas	8.697
Laringe	3.109
Pulmón	29.549
Melanoma de piel	6.108
Mama	33.375
Cuello Uterino	1.942
Cuerpo Uterino	6.923
Ovario	3.659
Próstata	35.764
Testículo	1.329
Riñón (sin pelvis)	7.180
Vejiga urinaria	20.613
Encéfalo y sistema nervioso	4.395
Tiroides	5.431
Linfoma de Hodgkin	1.527
Linfomas no hodgkinianos	9.055
Mieloma	3.165
Leucemias	6.068
Otros	17.303
Todos excepto piel no melanoma	276.239

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

Tabla 1. Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor para ambos sexos.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2021.

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en varones en España en 2021 fueron próstata, colon y recto, pulmón y vejiga urinaria (Tabla 2) (81,82).

**Tabla 3.** Estimación del número de nuevos casos de cáncer en varones en España para el año 2021 (excluidos los tumores cutáneos no melanoma).

TIPO TUMORAL	N
Cavidad Oral y Faringe	5.725
Esófago	1.895
Estómago	4.506
Colon y recto	25.678
Colon	16.958
Recto	8.720
Hígado	5.039
Vesícula biliar	1.533
Páncreas	4.571
Laringe	2.710
Pulmón	21.578
Melanoma de piel	2.430
Próstata	35.764
Testículo	1.329
Riñón (sin pelvis)	5.003
Vejiga urinaria	16.578
Encéfalo y sistema nervioso	2.306
Tiroides	1.154
Linfoma de Hodgkin	866
Linfomas no hodgkinianos	4.897
Mieloma	1.849
Leucemias	3.491
Otros	9.966
Todos excepto piel no melanoma	158.867

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

Tabla 2. Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor en varones.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2021.

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en mujeres en España en 2021 fueron, mama, colon y recto y pulmón (Tabla 3) (81,82).



**Tabla 4.** Estimación del número de nuevos casos de cáncer en mujeres en España para el año 2021 (excluidos los tumores cutáneos no melanoma).

TIPO TUMORAL	N
Cavidad Oral y Faringe	2.463
Esófago	473
Estómago	2.807
Colon y recto	17.903
Colon	12.414
Recto	5.489
Hígado	1.551
Vesícula biliar	1.475
Páncreas	4.126
Laringe	399
Pulmón	7.971
Melanoma de piel	3.678
Mama	33.375
Cérvix Uterino	1.942
Cuerpo Uterino	6.923
Ovario	3.659
Riñón (sin pelvis)	2.177
Vejiga urinaria	4.035
Encéfalo y sistema nervioso	2.089
Tiroides	4.277
Linfoma de Hodgkin	661
Linfomas no hodgkinianos	4.158
Mieloma	1.316
Leucemias	2.577
Otros	7.337
Todos excepto piel no melanoma	117.372

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

Tabla 3. Número de nuevos casos de cáncer en España en 2021 según tumor en mujeres.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2021.

En las últimas décadas el número absoluto de cánceres en España ha aumentado a causa del aumento poblacional, envejecimiento de la población, exposición a factores de riesgo (tabaco, alcohol, contaminación, obesidad, sedentarismo, etc.) y en algunos tipos de cáncer como son el colorrectal, mama, cérvix y próstata, al aumento de la detección precoz (81,82).

Los programas de detección precoz conducen a un aumento de número de casos incidentes para posteriormente disminuir casos invasivos y reducir mortalidad. Debido a la combinación de estos factores, se puede dar el paso de

que a pesar de que la exposición a factores de riesgo no varíe a lo largo del tiempo, el número absoluto de casos aumente debido a los otros dos factores (aumento poblacional y envejecimiento) (81,82).

#### 2.4.2 Prevalencia

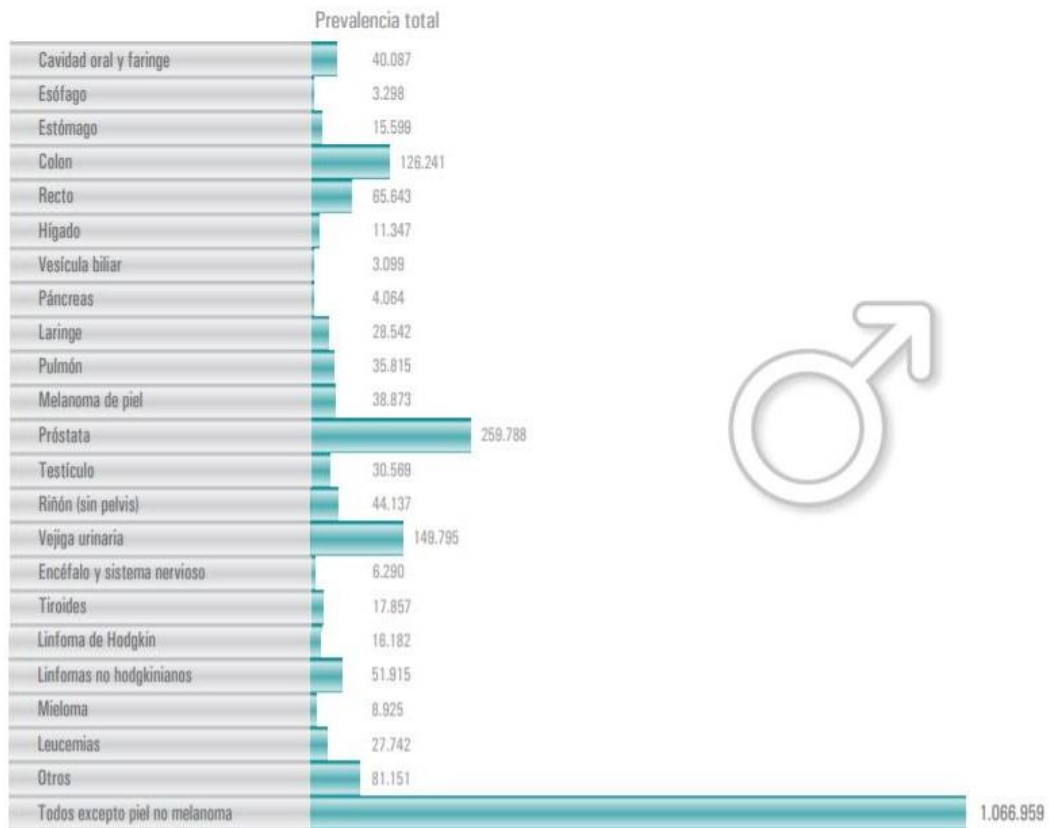
La prevalencia es el número de casos de una enfermedad en una población en un determinado tiempo; la prevalencia hace referencia a personas diagnosticadas recientes o pasadas que se encuentran vivas siendo supervivientes o no de cáncer (curadas o no).

La prevalencia se encuentra determinada por la supervivencia, es decir la prevalencia es más elevada en los cánceres con mayor supervivencia; mientras que los cánceres con supervivencia más cortas podrían tener una menor prevalencia, aunque se diagnostiquen más frecuentemente (81,82).

Por ejemplo, el cáncer de pulmón es un tumor muy frecuente (29.549 nuevos casos estimados al año en España en la población general en el año 2021), sin embargo, debido a su alta mortalidad su prevalencia a los 5 años es relativamente baja (35.815 pacientes en el año 2020). En el año 2020 se diagnosticaron 32.953 mujeres con cáncer de mama, mientras que su mortalidad fue muy inferior, por lo que su prevalencia a los 5 años fue de 144.233 en 2020. Por supuesto, estas prevalencias pueden estar sujetas a modificación debido a los avances terapéuticos, muy llamativos en los últimos años en el cáncer de pulmón, melanoma, etc. (81,82).

En las dos figuras siguientes se reflejan los cánceres más prevalentes en hombres en España para el año 2020 tanto en prevalencia total como en prevalencia a los 5 años (Figura 11) (Figura 12) (81,82)

**Figura 7.** Estimación de la prevalencia total de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020.

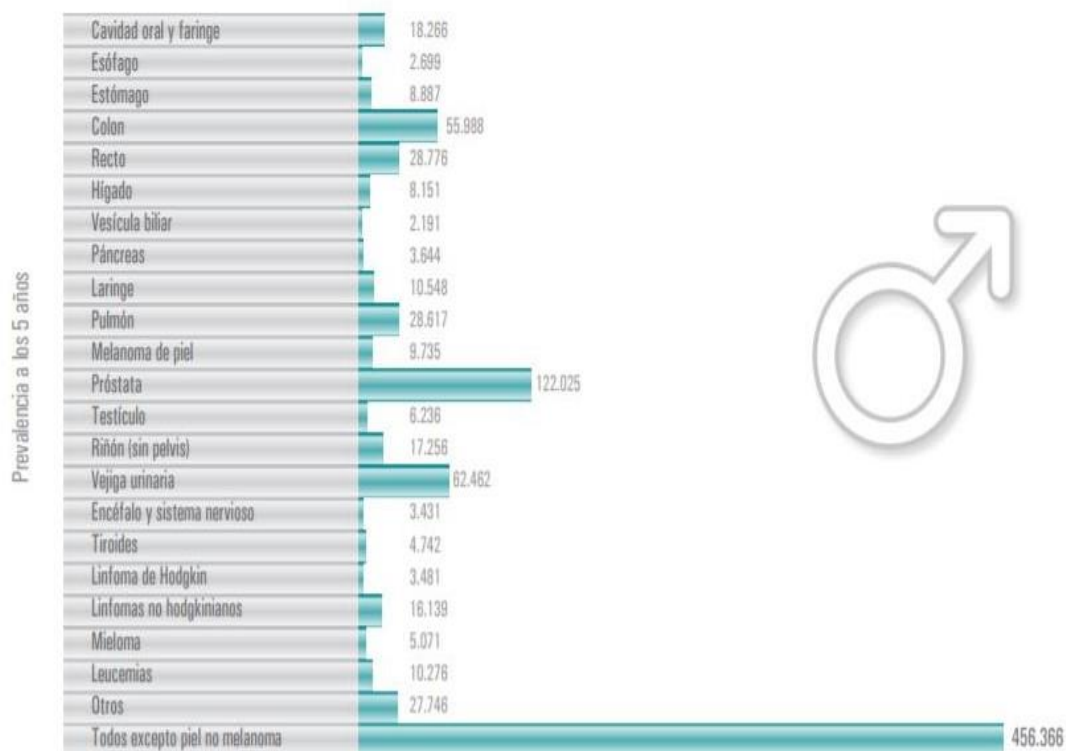


Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)

**Figura 11.** Estimación de la prevalencia total de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), marzo 2021.

**Figura 8.** Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020.



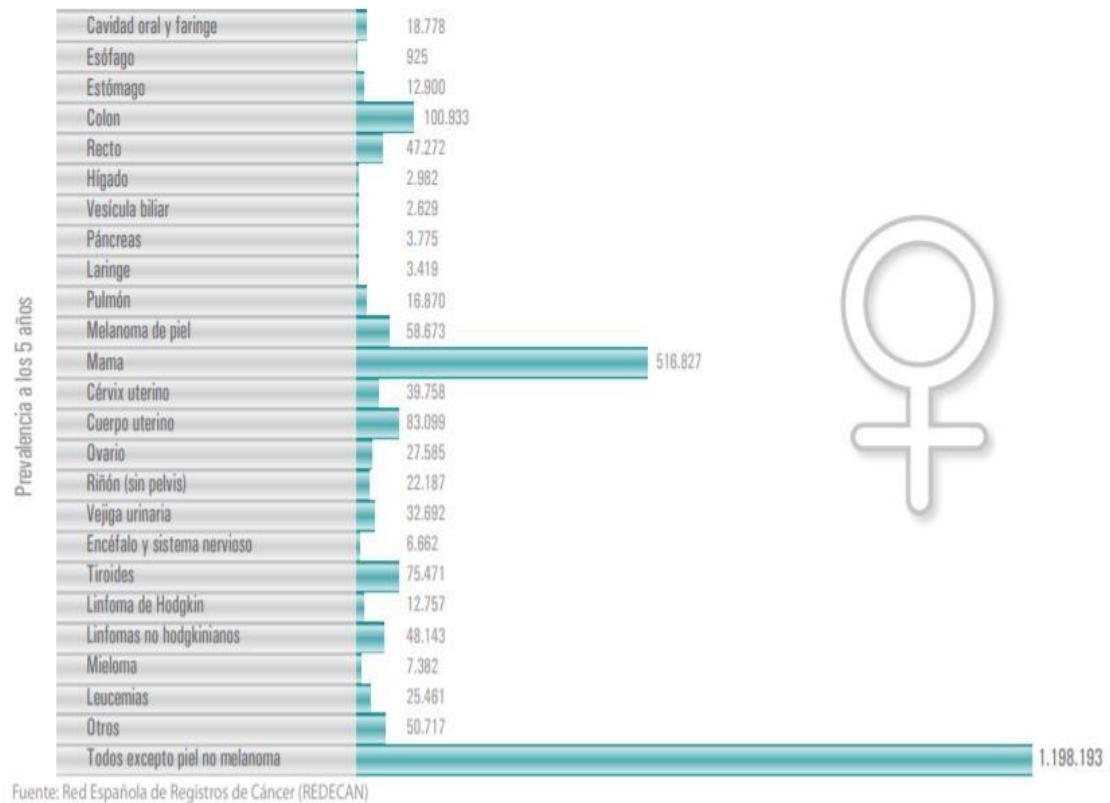
Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)

**Figura 12.** Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en hombres en España para el año 2020.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), marzo 2021.

En las dos figuras siguientes se reflejan los cánceres más prevalentes en mujeres en España para el año 2020 tanto en prevalencia total como en prevalencia a los 5 años (Figura 13) (Figura 14) (81,82)

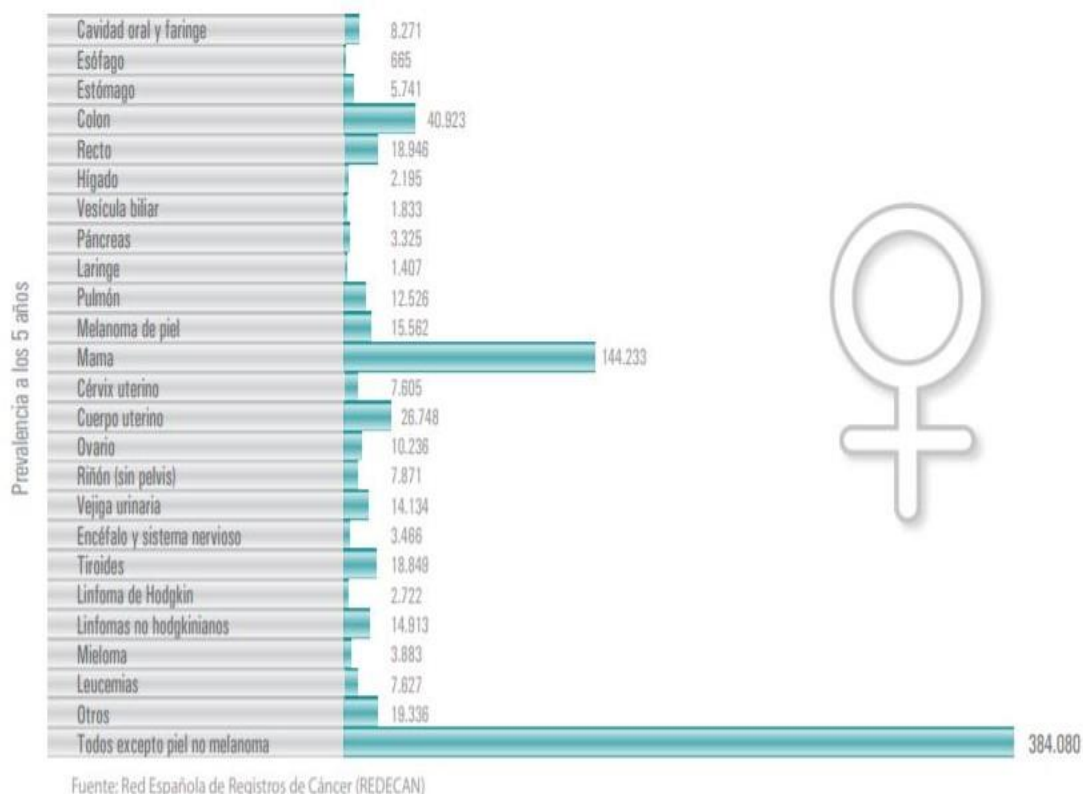
**Figura 9.** Estimación de la prevalencia total de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.



**Figura 13.** Estimación de la total de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), marzo 2021.

**Figura 10.** Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.



**Figura 14.** Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), marzo 2021.

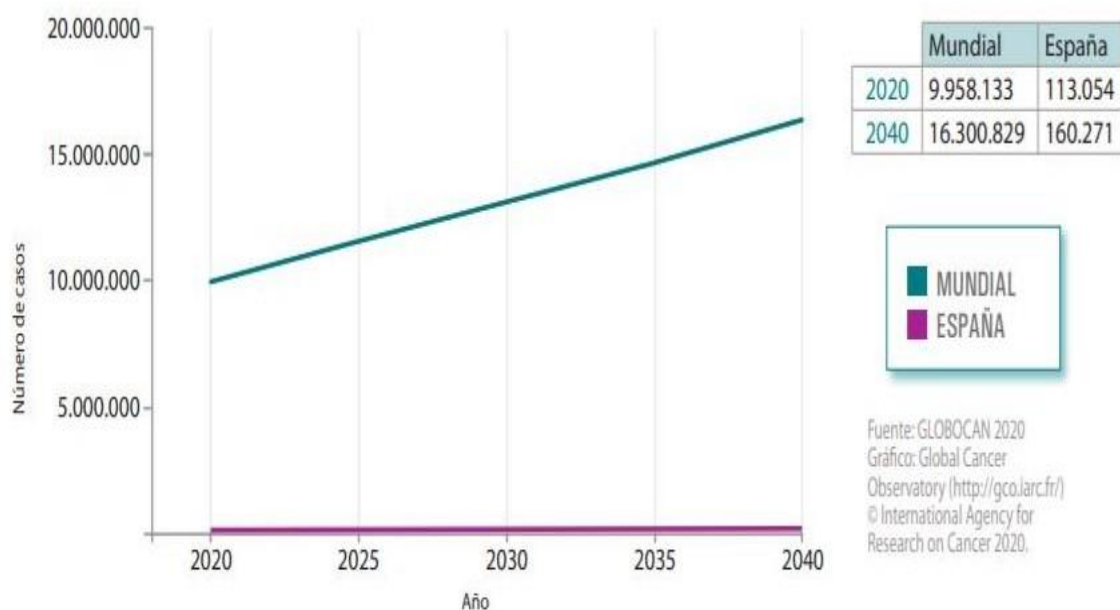
### 2.4.3 Mortalidad

La mortalidad es el número de fallecimientos en una población en un periodo determinado. Puede expresarse como el número de fallecimientos en un año o como tasas (número de fallecimientos por 100.000 personas por año).

El cáncer es y seguirá siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo con aproximadamente 9.9 millones de muertes datadas en el año 2020 según la International Agency for Research on Cancer (IARC). Igual que pasa con la incidencia, la estimación de la mortalidad por cáncer a nivel mundial de la IARC tendrá errores debidos a la pandemia de la Covid-19 pero será el dato con el que nos quedemos para el año 2020 (81,82).

El incremento de la mortalidad en los próximos años es una evidencia estimándose en más de 16 millones de personas en 2040. En España, se estima que la mortalidad por cáncer se incrementará de 113.000 casos en 2020 a más de 160.000 en 2040 (81,82).

**Figura 11.** Mortalidad estimada por cáncer en la población mundial para los años 2020 y 2040, ambos sexos.



**Figura 15.** Estimación de la prevalencia a los 5 años de cánceres específicos en mujeres en España para el año 2020.

Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), marzo 2021.

Los cánceres responsables del mayor número de fallecimientos a nivel mundial fueron el cáncer de pulmón (18,0% del total de muertes por cáncer), el cáncer colorrectal (9,4%), el cáncer hepático (8,3%), el cáncer de estómago (7,7%) y el cáncer de mama (6,9%) (81,82).

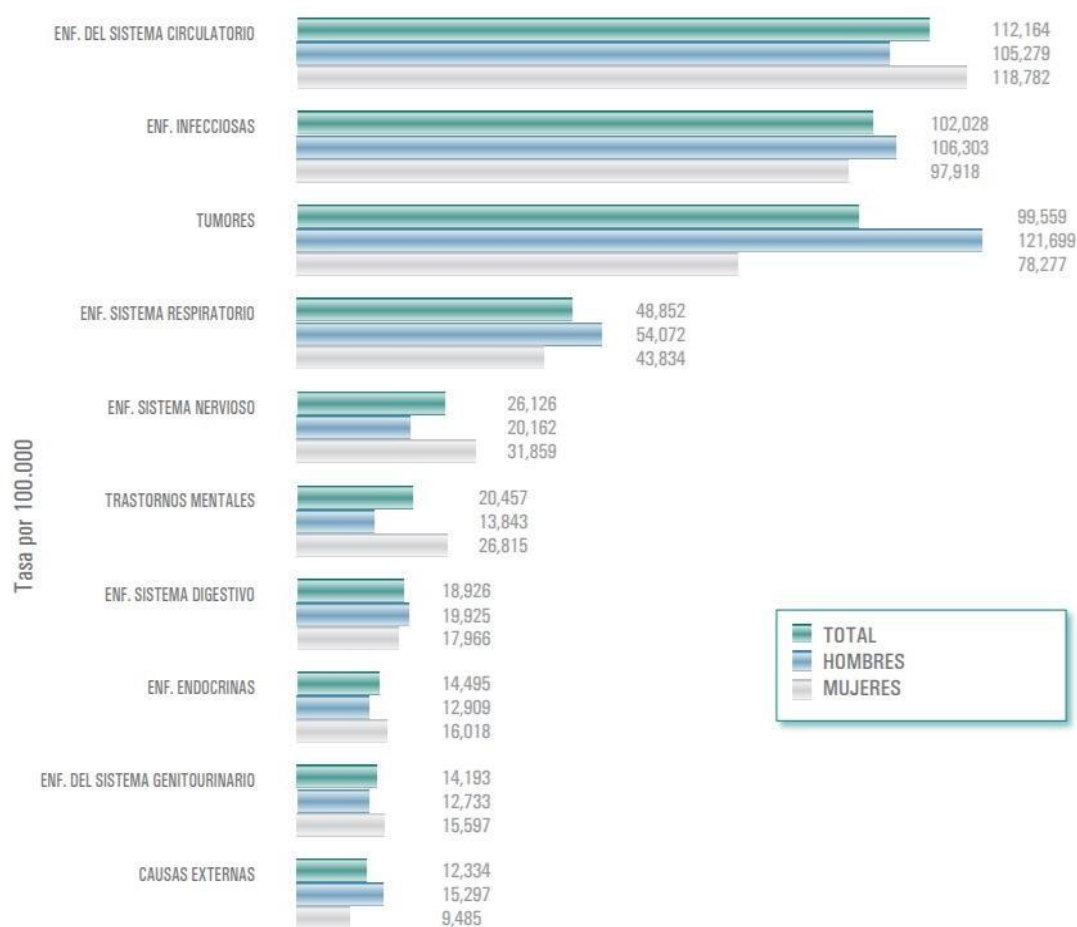
En relación con la última información aportada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2020 el cáncer fue la 2ª causa de muerte tras las enfermedades del sistema circulatorio (22,2% sobre el total de defunciones) (83).

El cáncer es la 1ª causa de muerte en los hombres; siendo las defunciones más frecuentes por tipo de cáncer las correspondientes a aparato respiratorio (25,3%), colon (9,7%), próstata (9,0%) y páncreas (5,8%) (83).

Las defunciones más frecuentes por cáncer en mujeres son: mama (14,9%), aparato respiratorio (12,0%), colon (10,8%) y páncreas (8,2%) (83).



**Figura 16.** Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y sexo. Enero a Mayo de 2020.



Fuente: INE.

Figura 16. Defunciones según causa de muerte por capítulos de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y sexo. Enero a mayo de 2020. Fuente: INE, marzo 2021.

#### 2.4.4 Supervivencia

La supervivencia es el indicador que ratifica la probabilidad de sobrevivir tras un tiempo determinado desde el diagnóstico independiente de la causa de fallecimiento de la persona.

La supervivencia neta a 5 años del diagnóstico de los pacientes diagnosticados en el periodo 2008-2013 en España fue de 55,3% en los hombres

y de 61,7% en las mujeres. La diferencia está en que determinados tumores son más frecuentes en un sexo que en otro (81,82).

En los varones, la supervivencia neta estandarizada por edad fue del 90% en los cánceres de próstata y de testículo y de 86% en el de tiroides, mientras que fue del 7% en el cáncer de páncreas, del 12% en el de pulmón, del 13% en el de esófago y del 18% en el de hígado (81,82)

En las mujeres, el cáncer de tiroides tuvo una supervivencia neta de 93%, el melanoma cutáneo del 89%, y el cáncer de mama del 86%, mientras que en el cáncer de páncreas fue del 10%, en los de hígado y esófago del 16% y en el de pulmón del 18% (81,82).

La supervivencia de los pacientes con cáncer de España es similar a la de los países de nuestro entorno, se ha duplicado en los últimos 40 años y es probable que, aunque lentamente, continúe aumentando en los próximos años (81,82).

## **2.5 Envejecimiento demográfico y cáncer.**

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre el año 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años pasará a 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% (84,85).

El número de personas igual o mayor de 80 años no se duplicará, sino que se cuadruplicará; habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con edad igual o mayor de 80 años en 2050 (84,85).

El envejecimiento está directamente relacionado con el padecimiento de enfermedades; este proceso conlleva cambios morfológicos, funcionales y psicológicos conllevando a un aumento de la vulnerabilidad del propio individuo al estrés ambiental y a la enfermedad (86,87).

Desde una perspectiva biológica implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, pero también se traduce en un incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (88).

El rango de edad donde más se diagnostica la enfermedad oncológica es en edades más avanzadas, como podemos observar en la gráfica más recientes del Instituto Nacional del Cáncer [NCI] (Figura 17) (89).

La edad avanzada es uno de los factores más importantes de riesgo. La tasa de incidencia del cáncer aumenta con la edad, hasta los 20 años hay menos de 25 casos; entre los 45 y 49 años, hay alrededor de los 350 casos; a partir de los 60 años, hay más de 1000 casos (Figura 17) (89).

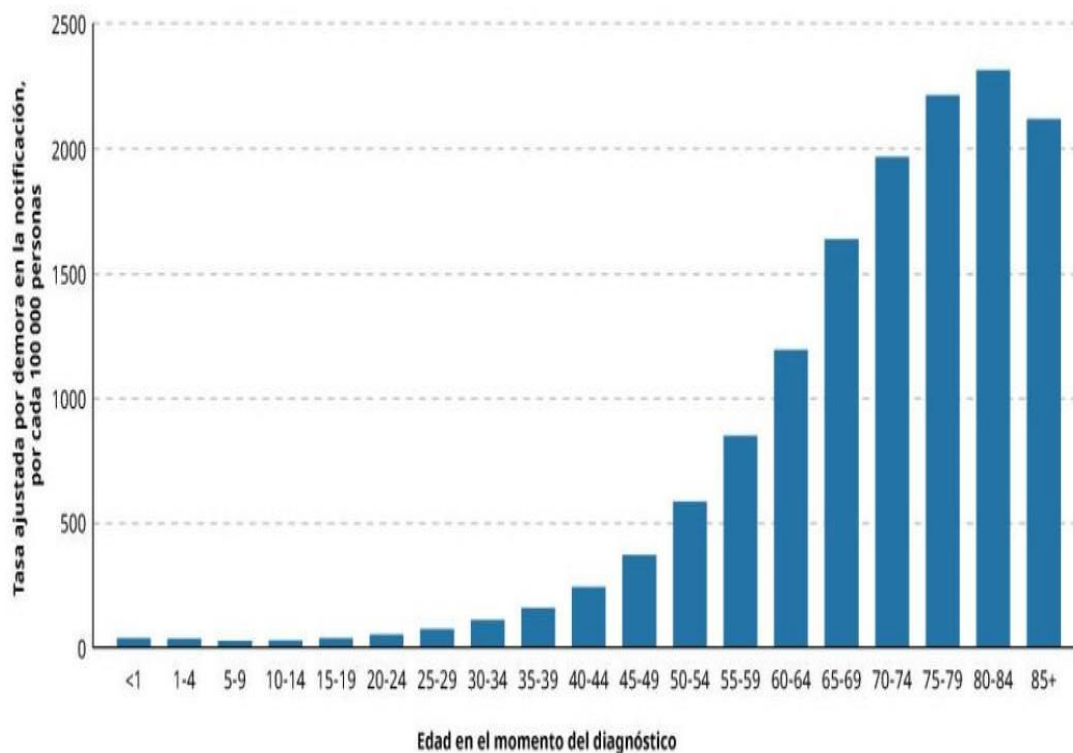


Figura 17. Tasas de incidencia por edad en el momento del diagnóstico, para todos los tipos de cáncer, SEER 21 2013-2017, para todas las razas y ambos sexos.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (NCI).

Según datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), la mediana de edad en que se recibe un diagnóstico es de 66 años; la mitad se diagnostican por arriba y la otra mitad por abajo de esta edad (89).

Observamos como la mediana de edad es superior en más de 5 años a lo que consideramos en el ciclo vital una persona mayor o persona en fase de vejez (más de 60 años) (89).

Destacamos un patrón similar en muchos tipos de cáncer que nos referencia por encima de esta mediana el valor y factor que contribuye el envejecimiento en la prevalencia de enfermedad; la mediana de edad en el momento de diagnóstico es de 62 años para el cáncer de mama, 67 años para el cáncer colorrectal, 71 años para el cáncer de pulmón y 66 años para el cáncer de próstata (89).

La mediana es inferior a estos datos anteriores debido a que existen otro tipo de diagnósticos que inciden en población más joven.

Tomando datos aportados por la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León [ONCYL] para nuestra comunidad donde se realiza la investigación, observamos como en Castilla y León se diagnosticaron aproximadamente en el año 2017, 14718 nuevos casos de enfermedad de cáncer de los que 61,81% afectaron a hombres y el resto, 38,19% a mujeres (89,90).

La prevalencia de enfermedad de cáncer prevista para el año 2040 de 30,2 millones de casos nuevos en el mundo (81) unido a factores como el rápido envejecimiento de la población mundial y el aumento de la esperanza de vida

creciente, nos hace ver como la enfermedad de cáncer es y será una de las enfermedades de gran envergadura en nuestro futuro para población envejecida.

## **2.6 Cáncer, discapacidad y dependencia.**

### **2.6.1 Discapacidad y cáncer.**

La discapacidad tiene multitud de definiciones, Abellán y colaboradores cuando hablan del concepto discapacidad hacen referencia a la pérdida o anomalía de órganos o parte corporal, limitaciones funcionales de la persona, limitaciones en el entorno laboral o escuela, dificultades para realizar actividades de la vida diaria, limitaciones contextuales de relaciones en el entorno social, participación social, integración, problemas de desarrollo social, etc. (91) pudiendo observar como la discapacidad está más relacionada con la pérdida de derecho de participación social en su significado más amplio.

El término discapacidad que engloba la situación de discapacidad que presenta o que vivencia una persona en un momento determinado de su vida, depende de diversos factores internos (propias capacidades, recursos, etc.) y depende de diversos factores externos relacionados con la parte ambiental/contextual en donde desarrolla su realidad la propia persona; tenemos así para la definición del término la consideración por tanto del contexto social donde se desarrolla de forma completa el individuo.

Crespo y colaboradores afirman que el concepto discapacidad engloba ciertas deficiencias, limitaciones de actividad o restricciones en la participación ciudadana, pero también, en lo referente al contexto en el que vive la persona y la interacción con su realidad (92).

En otras palabras, cuando hablamos de conceptualización de discapacidad indudablemente nos referimos al individuo como ente biopsicosocial en toda su realidad compleja, dinámica y cambiante acercándonos de nuevo al modelo biopsicosocial, y es que pasamos de considerar la discapacidad como deficiencia y responsabilidad individual como

se consideraba en el antiguo modelo médico a la consideración además con el modelo biopsicosocial de la discapacidad como diferencia y reconocimiento social para fomentar la igualdad de oportunidades del individuo (93,94,95,96)

La OMS con el objetivo de ofrecer unificación en la conceptualización establece la discapacidad como “término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (97,98) siendo el sumatorio de la condición de salud, factores personales y factores ambientales lo que determina la situación de discapacidad de la persona.

El término discapacidad en muchas ocasiones se confunde con la incapacidad; con discapacidad nos referimos a las condiciones de salud y medio ambiente en el que se desarrolla la participación social del individuo, mientras que con incapacidad nos referimos a las condiciones de salud de la persona y su relación a la actividad laboral, es decir, a su trabajo.

La discapacidad conlleva en su canon normal la solicitud del propio reconocimiento; Certificado del Grado de Discapacidad. Dicho documento es un documento administrativo que reconoce a su titular la condición de persona con discapacidad en el grado que determinen los porcentajes de valoración aplicados (99,100)

La discapacidad es un título administrativo que acredita a la persona que la persona que lo posee tiene una limitación funcional física, intelectual, mental o sensorial que puede ser de carácter permanente o transitoria (99,100,101)

La valoración conlleva una evaluación de los factores sociales; entorno familiar, situación laboral y profesional, niveles educativos y culturales, así como cualquier otro ítem de participación social en el entorno habitual denotado de la persona para la que se evalúa.

Los beneficios de la discapacidad comienzan a otorgarse y son derecho a partir de un 33% reconocido y recursos económicos a partir de un 65%. Algunos de los beneficios de la discapacidad en su concesión son (99,100,101,102):

- Adaptación del puesto de trabajo.
- Acceso a la vivienda de protección pública.
- Recursos y apoyos educativos.
- Pensión no contributiva (PNC) por invalidez.
- Prestaciones económicas y sociales.
- Prestaciones familiares.
- Beneficios fiscales. IRPF.
- Tarjeta de estacionamiento para personas como movilidad reducida.
- Bono taxi.
- Reducciones en medios de transporte.

Es competencia de la Comunidad Autónoma en materia de calificación determinar el grado de discapacidad.

El paciente con cáncer puede presentar desde su diagnóstico, y en función del tipo de cáncer, fase de la enfermedad, pronóstico, evolución y tratamientos, una situación de discapacidad en su proceso oncológico.

Poniendo de nuevo atención en las palabras de Abellán y colaboradores parece que no es difícil encontrar un paciente que haya perdido limitaciones en su función normal, necesidades de rehabilitación, dificultades para la realización de sus actividades diarias, restricciones en su participación social o problemas en el desarrollo de papeles sociales por causa física o mental (91).

Existe poca literatura al respecto sobre la situación de discapacidad por la que pasan pacientes diagnosticados, pero la experiencia asistencial nos permite afirmar como los pacientes a lo largo del proceso evolutivo de su enfermedad (no todos) encuentran diferentes situaciones disfuncionales de adaptación a su

realidad lo que hace entrever que se encuentran en una situación objetiva de discapacidad.

Cuando Espinosa y colaboradores hablan de la calidad de vida en pacientes oncológicos destacan factores físicos producidos por el tumor como la astenia y el dolor y náuseas, vómitos, mucositis, alopecia, inmunosupresión o esterilidad entre otros ocasionados por los tratamientos (103).

Los aspectos emocionales relacionados con la ansiedad y la depresión; así como los aspectos sociales relacionados con la posibilidad de trabajar, las dificultades económicas que produzca la enfermedad y tratamiento y la capacidad para desarrollar otro tipo de actividad son destacados como importante por los autores denotando como en el proceso de la enfermedad oncológica va inmersa la posibilidad de situación de discapacidad (103,104,105,106).

El paciente oncológico puede sufrir diferentes complicaciones y comorbilidad desde el diagnóstico oncológico; problemas de tracto alimentario y metabolismo, problemas de sangre y/o órganos hematopoyéticos, sistema cardiovascular, dermatológicos, sistema musculoesquelético, sistema nervioso, respiratorio, órganos de los sentidos, etc.

Las limitaciones funcionales se traducen y manifiestan objetivamente en la vida diaria; una enfermedad crónica como es el cáncer puede impedir llevar una vida normal o hacer necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.

Martínez cuando habla de las secuelas físicas afirma que en muchas ocasiones el precio que hay que pagar por el control de un proceso tumoral es elevado conllevando tratamientos agresivos con secuelas a largo plazo que representanta diversos grados de invalidez (104).

Si hablamos del sistema musculoesquelético, tratamientos como la radioterapia producen alteraciones muscoesqueléticas en el 67% de los pacientes que reciben radioterapia por sarcomas de las extremidades, si



hablamos de corticoides como causantes de una miopatía puede plantear dificultades para levantarse de la cama y subir escaleras a pacientes sometidos a tratamiento crónico, si hablamos de práctica de cirugía puede provocar deformaciones o comprometer a la movilidad empeorando autoestima y calidad de vida de pacientes, si nos referimos a alteraciones en función respiratoria podemos contabilizar un 65% de pacientes supervivientes de leucemias agudas y un 12% de pacientes con carcinomas microcíticos, si hablamos de cirugía de cáncer de próstata puede ocasionar incontinencia, el tratamiento de radioterapia disminución de capacidad vesicular, etc.

Parece evidente que tanto el propio diagnóstico como el tratamiento aplicado pueden generar secuelas en la salud del paciente y en ocasiones, patologías más graves; con frecuencia los pacientes tienen una salud frágil llegando a aparecer enfermedades cardiovasculares y segundas neoplasias.

En datos del OMS estimamos más de 1000 millones de personas que viven con algún tipo de discapacidad correspondiendo aproximadamente al 15% de la población mundial (107)

El total de población con discapacidad en Castilla y León ha pasado desde un total de 152.037 personas en todos los rangos de edad en el año 2007 a un total de 176.336 personas en todos los rangos de edad en el año 2018 (Tabla 4) (108).

Debemos tener en cuenta que son estimaciones realizadas ante personas que han reconocido su situación de discapacidad a través de la Junta de Castilla y León siendo mucho los pacientes que no solicitan este reconocimiento o que en el proceso de la enfermedad de cáncer cuando lo reconocen no es efectivo por encontrarse en un estado avanzado de enfermedad, fase paliativa o inclusive fallecimiento.

**Distribución de la población con discapacidad de Castilla y León según edad y sexo (2015-2018)**

	2015			2016			2017			2018		
	Mujer	Varón	Total	Mujer	Varón	Total	Mujer	Varón	Total	Mujer	Varón	Total
De 0 a 4 años	183	356	539	179	338	517	193	331	524	194	344	538
De 5 a 9 años	483	911	1.394	458	913	1.371	464	960	1.424	457	938	1.395
De 10 a 14 años	620	1.170	1.790	643	1.217	1.860	684	1.250	1.934	710	1.348	2.058
De 15 a 19 años	789	1.180	1.969	768	1.265	2.033	790	1.369	2.159	799	1.407	2.206
De 20 a 24 años	917	1.306	2.223	957	1.268	2.225	979	1.243	2.222	993	1.292	2.285
De 25 a 29 años	1.115	1.562	2.677	1.116	1.552	2.668	1.136	1.594	2.730	1.146	1.613	2.759
De 30 a 34 años	1.626	2.345	3.971	1.569	2.247	3.816	1.540	2.168	3.708	1.514	2.110	3.624
De 35 a 39 años	2.603	3.606	6.209	2.556	3.471	6.027	2.398	3.318	5.716	2.264	3.149	5.413
De 40 a 44 años	3.537	4.865	8.402	3.559	4.775	8.334	3.633	4.654	8.287	3.602	4.531	8.133
De 45 a 49 años	4.608	6.431	11.039	4.596	6.405	11.001	4.549	6.351	10.900	4.588	6.191	10.779
De 50 a 54 años	5.907	7.912	13.819	5.816	7.858	13.674	6.009	7.885	13.894	5.996	7.870	13.866
De 55 a 59 años	6.771	9.161	15.932	7.039	9.448	16.487	7.189	9.580	16.769	7.354	9.565	16.919
De 60 a 64 años	6.431	9.211	15.642	6.812	9.546	16.358	7.273	9.901	17.174	7.610	10.160	17.770
De 65 a 69 años	6.800	8.933	15.733	6.889	9.003	15.892	7.040	9.350	16.390	7.103	9.453	16.556
De 70 a 74 años	6.701	8.042	14.743	6.709	8.207	14.916	6.874	8.428	15.302	6.999	8.692	15.691
De 75 a 79 años	7.071	6.585	13.656	6.621	6.356	12.977	6.561	6.581	13.142	6.853	7.172	14.025
De 80 a 84 años	8.984	6.421	15.405	8.975	6.546	15.521	8.681	6.445	15.126	8.149	6.198	14.347
De 85 a 89 años	7.861	4.313	12.174	7.926	4.352	12.278	8.313	4.759	13.072	8.496	4.879	13.375
De 90 a 94 años	5.254	2.416	7.670	5.140	2.404	7.544	5.242	2.527	7.769	5.314	2.600	7.914
De 95 y más años	3.444	1.206	4.650	3.852	1.444	5.296	4.344	1.728	6.072	4.734	1.949	6.683
<b>Total</b>	<b>81.705</b>	<b>87.932</b>	<b>169.637</b>	<b>82.180</b>	<b>88.615</b>	<b>170.795</b>	<b>83.892</b>	<b>90.422</b>	<b>174.314</b>	<b>84.875</b>	<b>91.461</b>	<b>176.336</b>

Tabla 4: Población con discapacidad de Castilla y León según edad y sexo (2015- 2018).

Fuente: Junta de Castilla y León, 2019.

No tenemos datos de cuantas de estas personas su discapacidad reconocida está directamente relacionada con enfermedad de cáncer; pero podemos discernir por tipo de discapacidad (Tabla 5) viendo como de lejos la más prevalente es la discapacidad física con 99.642 casos en el año 2017 en Castilla y León seguramente muy relacionados con diagnóstico, evolutivo y tratamientos aplicados a paciente diagnosticado.

**Distribución de la población con discapacidad de Castilla y León por tipo de discapacidad**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Discapacidad física	90.038	91.271	92.325	93.210	93.573	93.620	94.554	95.580	97.035	97.500	99.642	#####	#####	#####
Discapacidad intelectual	18.208	18.485	18.670	18.695	18.890	18.980	19.201	19.346	19.570	19.635	19.849	19.993	20.095	20.043
Enfermedad mental	20.782	21.677	22.811	23.270	23.619	24.568	25.219	26.152	26.992	27.767	28.760	29.174	29.707	29.926
Discapacidad visual	14.431	14.380	14.497	14.115	14.203	13.987	13.895	13.836	13.858	13.642	13.627	13.511	13.370	13.107
Discapacidad auditiva	8.578	8.959	9.433	10.287	10.898	11.586	11.720	11.914	12.182	12.251	12.397	12.485	12.539	12.504
Sordoceguera											39	53	65	66
Total	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####

Tabla 5: Población con discapacidad de Castilla y León por tipo de discapacidad. Fuente: Junta de Castilla y León, 2019.

### 2.6.2 Dependencia y cáncer.

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, junto con la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o de ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (109,110).

La dependencia depende del Gobierno de cada Comunidad Autónoma y lo certifica la propia Comunidad Autónoma de la provincia en la que se encuentra empadronada la persona dependiente teniendo validez en todo el territorio nacional.

El reconocimiento puede solicitarse a través de los servicios sociales (SS.SS), centro de salud, centro municipal o ayuntamiento a través de los trabajadores sociales. La solicitud la puede realizar la propia persona interesada,

familiares, representante legal o administración pública de la misma forma a través de los trabajadores sociales.

La tramitación de la Ley de Dependencia comienza cuando la persona interesada o cualquier de las anteriores mencionadas, solicita la valoración de la situación de la persona hipotética dependiente.

Los requisitos para poder solicitarla son: ser español, extranjero con residencia legal española, menor de edad español ó extranjero o ser persona emigrante retornada.

Los impresos necesarios para comentar la solicitud son: NIF, NIE, o pasaporte, informe de salud normalizado, certificado de empadronamiento del Ayuntamiento y última declaración de la renta.

El tiempo estimado para resolución depende de cada Comunidad Autónoma.

Las fases del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia son (109,110):

**1. Apertura:** Una vez recibida la solicitud, se abre el expediente y se revisa.

**2. Subsanación o mejora de la solicitud:** En ocasiones, se puede requerir al interesado que subsane los posibles defectos o que presente documentación complementaria.

**3. Valoración y petición de informes:** Los profesionales acreditados realizan una valoración en el domicilio habitual del solicitante. También se solicita a otras administraciones datos e informes necesarios para completar el expediente.

**4. Consulta y audiencia:** El interesado recibirá por correo postal un documento en el que se le informa de las prestaciones a las que tiene derecho para que, en el plazo de 10 días, elija la que prefiera o bien presente alegaciones. Este trámite no será necesario en el caso de que conste previamente la elección o cuando el interesado esté recibiendo un servicio adecuado a su situación según la normativa vigente.

**5. Resolución:** Se elabora la resolución que establece el grado de dependencia y las prestaciones que se le reconocen.

**6. Notificación:** La resolución se notifica al interesado en el domicilio que ha señalado en la solicitud o que ha comunicado con posterioridad.

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, regula la evaluación del grado de dependencia a través de la utilización de los índices y/o escalas de Barthel (IB) o Lawton y Brody (LB).

Dichas escalas de puntuación tienen en consideración la propia autonomía de la persona, propias capacidades para realizar las actividades de la vida diaria (ABDVD) y emiten una puntuación objetiva en función de la valoración de cada uno de los ítems que forman las respectivas escalas.

Entre sus actividades o ítems tienen en cuenta el cuidado personal, actividades domésticas, capacidad de movilidad esencial, reconocer personas y objetos, capacidad de orientación, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas, etc. (109,110).

También tienen en cuenta tanto las escalas como los técnicos evaluadores que las utilizan, la utilización de prótesis, órtesis, ayudas técnicas, utilización de diferente material ortopédico, así como, la consideración de las barreras arquitectónicas del entorno habitual de la persona.

Los técnicos que aplican la baremación se desplazan al lugar de residencia habitual de la persona siendo en algunas circunstancias excepcionales la valoración en los Centros Base.

Finalizada la aplicación del baremo, tenemos un dictamen y reconocimiento del grado de dependencia.

Los grados de dependencia que pueden reconocerse son (109,110):

**-Grado III o Gran dependencia:** la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de su vida diaria al menos varias veces al día teniendo una pérdida total de autonomía. Tiene necesidad de tener una persona para apoyo de

forma continua o tiene necesidad de apoyo de forma general para su autonomía.

**-Grado II o Dependencia Severa:** la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria pero no requiere de forma permanente una figura de cuidador. Tampoco tiene necesidad de apoyo de forma general ni extenso para su autonomía.

**-Grado I o Dependencia Moderada:** la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidad de tener un apoyo de forma intermitente o limitado para su autonomía personal.

El reconocimiento del grado conlleva la concesión de las siguientes prestaciones y/o servicio a través de la red pública de servicios sociales (SS.SS) de la Comunidad autónoma de titularidad pública y/o a través de privados concertados debidamente acreditados (60):

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia.
- Servicio de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.

- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centro de día.
- Centro de noche.
- Centro residencial.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.

La discapacidad que hemos abordado en el punto anterior, y la dependencia, son terminologías y conceptos que están directamente relacionados con la edad de las personas puesto que a mayor edad se genera mayor porcentaje de discapacidad, y por ende, mayor grado de dependencia.

El Índice de Barthel como estala tiene en cuenta parámetros de movilidad además de la consideración de las actividades de autocuidado evaluando las actividades de la vida diaria de la persona y/o paciente (111,112,115).

El Índice de Lawton y Brody tiene en cuenta un rango de actividades más complejas que las que se necesitan en el autocuidado; aquellas que nos dan una referencia de adaptación a su entorno y mantener una independencia en la realidad social de la persona y/o paciente (113,114,115).

Los pacientes oncológicos en el proceso evolutivo de su enfermedad presentan diferentes problemas funcionales siendo importante tener la información, conocimiento y posible solicitud del proceso de dependencia si se requiere; el trámite burocrático tarda y las necesidades del paciente pueden ir en orden creciente en pocos meses en el avance de su fase evolutiva (106).

Puede que en el proceso evolutivo de la enfermedad podemos encontrarnos con un proceso metastásico. Cuando hablamos de metástasis nos referimos a una complicación frecuente del cáncer y un evento común en tumores avanzados, cualquier tipo de cáncer tiene potencial para dar metástasis (116).

Aunque en etapas iniciales la metástasis puede estar oculta, en la mayoría de los casos con su diagnóstico podemos asimilar a la enfermedad la característica de incurable y terminan con dolor incapacitante, fracturas patológicas, síndromes de compresión nerviosa o hipercalcemia teniendo que hacer uso de un trámite de dependencia entre otras necesidades (116).

La astenia también es otro de los factores fácilmente reproducidos como síntoma en un paciente diagnosticado; “con una prevalencia entre el 60% y el 90% en función de los criterios diagnósticos, de la fase de la enfermedad y del tratamiento administrado, deteriora la calidad de vida del paciente y de sus familiares, con repercusiones físicas, psicológicas, sociales, económicas y laborales” (117,118,119).

La astenia puede generar dos tipos de síntomas; el primero es fatigabilidad fácil con disminución de la capacidad para mantener la actividad normal y, segundo, debilidad sistemática con manifestaciones tanto físicas como mentales; en lo somático incluye debilidad generalizada, disminución de fuerza y mayor fatigabilidad y psicológicamente disminución de la capacidad para actividades intelectuales, labial emocional y apatía (120).

Muchos son los factores que pueden incidir en el desencadenante de las limitaciones al paciente; por tanto, debemos de ser previsores en la medida de lo posible para poder realizar las gestiones oportunas en la consideración de la solicitud de la discapacidad-dependencia.

## **2.7 Apoyo familiar y social. cuidadores.**

La enfermedad impacta en gran medida en todas las áreas de la persona y de sus familiares; se produce un aumento considerable de las necesidades de cuidado del núcleo de convivencia, se modifican las dinámicas familiares, así como roles y responsabilidades.

El cuidado de una persona afectada por esta enfermedad es complicado y mayoritariamente corresponde con el cuidado informal asumido principalmente



por mujeres, no institucional, sin remuneración, en el entorno privado, asentado en las relaciones personales.

El cuidado sobrepasa la capacidad física y emocional de la persona cuidadora, originando estrés crónico que desemboca en sobrecarga, también conocido como síndrome del cuidador/a o síndrome del asistente desasistido/a (121,122).

Aproximadamente la mitad de las personas cuidadores que presentan sobrecarga han abandonado o disminuido sus actividades y relaciones sociales, para dedicarse al cuidado familiar enfermo (123,124) presentándose el apoyo social como un factor protector del bienestar del cuidador, así como el descanso y la integración en la comunidad (124,125).

La mujer como figura principal encargada del cuidado, el género femenino tiene mayor prevalencia de sobrecarga.

La AECC afirma que no siempre es fácil saber con exactitud como ayudar a la persona enferma que cuidados son los adecuados; cada persona reacciona de diferente manera ante la enfermedad, nadie está preparado para recibir esta noticia y por eso necesitamos tiempo para asumir lo que está pasando, lo importante es acompañar a la persona y que ésta no se sienta sola (126).

#### 2.7.1 Apoyo familiar.

El paciente oncológico en el progreso evolutivo de su enfermedad somete inconscientemente al núcleo familiar, en cuanto a cuidados se refiere, a modificaciones en el desempeño de roles; el paciente pasa a ser núcleo de cuidado, inclusive si en el proceso existe hospitalización (127).

La sociedad actual suma menos efectivos en el posible cuidado del paciente; contamos con unidades familiares más pequeñas que limitan la disponibilidad de los cuidadores y la cantidad de cuidados, movilidades geográficas de las personas, distancia física entre quienes pueden prestar

ayuda, unido a un cambio también de valores sociales relacionados con el valor de cuidado.

Rodríguez cuando habla de los cuidados en persona mayores dependientes referencia que ante la pérdida de autonomía de la persona, la familia como principal apoyo debe adaptarse a una nueva realidad progresiva en su evolución suponiendo cambios en los modelos familiares, toma de decisiones imprevistas, etc. (128).

La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados a los enfermos, pero el cuidado es complejo y requiere conocimientos, habilidades, recursos (128,129,130) “conllevando modificaciones de hábitos, de horarios, cambio de roles, reajustes cognitivos, adaptaciones a la realidad diaria y una inversión de tiempo proporcional al nivel de dependencia de la persona a cuidar, la dificultad de los cuidados y la duración de la enfermedad” (129).

Las modificaciones y los cambios en la estructura de la familia generan una nueva realidad dentro del entramado del cuidado de la persona dependiente poniendo en algunos casos en peligro la propia estabilidad de la familia sobre todo en el miembro familiar que soporta la parte de más carga física y emocional (130,132).

El cuidado lo suele asumir los familiares más cercanos por “disponibilidad” conllevando en ciertos momentos obligaciones en los cambios de su propia estructura familiar, asumiendo por tanto mayor carga de trabajo lo cual tienen indudablemente repercusiones económicas, físicas o psicológicas (130,131, 133).

Los cambios de estructura familiar no siguen patrones del todo coherentes u objetivos en su ajuste, sino que dependen de la disponibilidad del cuidado, momento en el que se encuentre la cohesión familiar del sistema, las propias características de los familiares, momento de la vida del paciente, nivel socioeconómico, etc. (134).

El cuidado del paciente enfermo suele ser asumido por una única sola persona, generalmente del sexo femenino y que suele ser fruto de una relación directa, madre, esposa o hermana mayor la cual asume el papel de control de evolución de enfermedad (129,130,131).

Este cuidador (generalmente como hemos dicho del sexo femenino) ve modificadas sus rutinas puesto que el cuidado de paciente crónico no tiene límites en su “jornada laboral” de cuidado y muy a menudo desempeña otros roles simultáneos como el de ser madre, padre o trabajador (135,136).

El impacto emocional también se produce en la familia. En el proceso se suceden temores, miedos, incertidumbre continua; “la muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si tendrá un fácil acceso al soporte sanitario, la duda de si serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarlo” (137,138).

En una enfermedad de este calibre, el cuidador deja de lado muchas cosas que conformaban su vida hasta ese momento por realizar el cuidado del enfermo “motivado por la búsqueda de la cura, pero afectado por desilusiones, sufrimiento y carga de trabajo brindada al paciente” (138).

La preocupación desmedida por miedo a que algo pase en el paciente genera dedicación casi completa del cuidador, generando aislamiento, disminuyendo actividades que hacia el propio cuidador en su día a día, reduciendo o eliminando inclusive rutinas convirtiéndose en un *pseudoprisionero* del cuidado del paciente enfermo (138).

El gasto que supone el cuidado informal, no sólo a nivel material sino de dedicación familiar en tiempo y esfuerzo es invisible en la mayoría de los casos tanto para el propio paciente, entorno familiar como, inclusive, instituciones públicas.

### 2.7.2 Apoyo formal

El apoyo formal lo configuran el conjunto de actividades de índole público o privado que en su aplicación permiten descargar de los cuidados al apoyo informal en la mayoría de los casos, es decir, al familiar del cuidado de la persona dependiente o en nuestro caso del paciente con cáncer.

La experiencia asistencial con pacientes con cáncer nos muestra que los apoyos formales se producen en menor cantidad que los apoyos informales familiares; los presentes apoyos formales dependen de tramitación de SS.SS, de empresas privadas o de profesionales contratados de forma particular (estos últimos bajo coste asumido por el propio paciente y/o familia).

La mayor parte de los pacientes bajo tratamiento activo o que precisan ingreso hospitalario se encuentran acompañados por cuidador principal familiar o por persona que ejerce el relevo del cuidador principal siendo esta persona también en la mayoría de las circunstancias familiar del entorno directo.

Algunas entidades particulares a través de servicio de voluntariado realizan relevo de cuidador principal en el cuidado de paciente en ingreso hospitalario; siendo esto una forma más de apoyo formal pero también siendo una forma de compatibilizar el cuidado principal familiar.

Puede darse la situación en la que las necesidades del cuidado que necesita la persona dependiente o paciente sugieren algún apoyo de carácter más institucional; bien por el progreso evolutivo de la enfermedad porque requiere mayores cuidados o por ausencia de cuidador principal familiar.

Aquellos pacientes que necesitan por necesidades de cuidado un apoyo formal solicitan los trámites correspondientes a la Ley de Dependencia en su búsqueda de recurso de ayuda a domicilio, Centro de Día ó centro de carácter residencial, es decir, una residencia.

El trámite de la Ley de Dependencia, en función de la Comunidad Autónoma, establece una duración media del proceso de su tramitación; en concreto en Castilla y León podemos entornarlo alrededor de los 6 meses su resolución.

En el transcurso burocrático de este trámite muchas son las familias y/o pacientes que ante la necesidad imperante deciden “parchear” esta situación de necesidad de cuidados solicitando ayuda a a domicilio, Centro de Día o residencia con carácter privado para posteriormente, en su concesión, saltar a la parte pública de apoyo formal.

En suma, la concesión de la Ley de Dependencia dependiente de SS.SS en muchas circunstancias (me atrevería a decir en, prácticamente el 90% de casos) resulta insuficiente; la ayuda a domicilio que necesitan los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer no se resuelve con una concesión de ayuda a domicilio de dos horas al día de una persona cualificada.

Podemos pensar, que en muchos pacientes convergen por tanto la ayuda informal familiar, con la posible concesión de ayuda pública con la contratación privada; inclusive dejando a un lado la concesión propia de SS.SS para realizar la contratación privada más productiva para el cuidado y ante la necesidad del paciente.

Otras familias, por contrario, no pueden permitir el coste que suponen los cuidados privados asumiendo la familia enteramente el cuidado del paciente; no hablamos de una hora/dos horas al día para el cuidado de la persona dependiente, sino que hablamos de un cuidado integral en el que mantener de la mejor manera posible la calidad de vida que tiene el paciente.

Es obvio el gasto que supone el proceso evolutivo de la enfermedad en una respuesta tardía e insuficiente de Servicios Sociales.

El gasto que supone el cuidado formal, si hablamos de los diferentes recursos privados, es cuantitativo, objetivo, suponiendo en su aplicabilidad un coste adicional para el propio paciente y para la propia familia.

### 2.7.3 La mujer como cuidadora principal, un rol de género.

La mujer es el principal perfil surgido de los cuidados informales familiares.

Desde antiguo, las tareas del cuidado a una persona enferma han estado ligadas y asociadas a un rol de género femenino con la peculiaridad de su escaso reconocimiento social posiblemente relacionado con su poca visibilidad y valor asignado a las tareas desempeñadas de cuidado (128,129,130).

Atendiendo a las palabras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en su sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta” (129) imaginándonos como el rol de la mujer al cuidado vinculado a la parte cultural de nuestra sociedad nos dirige a considerar su voluntariedad casi impuesta de forma obligatoria.

Siguiendo los resultados obtenidos por Rodríguez et. Al (129) en el estudio realizado sobre la influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores resaltamos como de la muestra de los cuidadores principales el 82% correspondía con el de la mujer siendo el principal vínculo en primer lugar el de <<esposa>>, y, en segundo lugar, el de hija.

Adoptar el rol del cuidador principal trae repercusiones en la vida familiar y a nivel de salud (129), la nueva realidad que opta el entramado del cuidado hace que tenga el cuidador principal que adaptar todas las áreas que configuran su realidad: hogar, amigos, familia, trabajo, estudios, salud, etc. que en su no adaptación a la nueva realidad puede contraer desequilibrios personales.

El cuidador principal generalmente mujer no recibe remuneración por sus cuidados (130) y podemos estar hablando del cuidado de una persona con discapacidad, dependencia alta, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones (130).

#### 2.7.4 Sobrecarga del cuidador principal.

En este punto debemos de comenzar con la diferenciación entre carga objetiva y carga subjetiva; la carga objetiva referencia las características de cuidado del paciente y la carga subjetiva referencia al cuidado que ejerce el cuidador principal y la repercusión emocional que conlleva su aplicación.

La carga objetiva depende de parámetros como pueden ser el nivel de dependencia del paciente o del enfermo, la necesidad que tiene éste de cuidados, la dificultad de estos, el tiempo que requieren los cuidados, etc.; la parte subjetiva depende de las características personales del cuidador y de cómo le afecte o reaccione ante los cuidados que tiene que realizar (129)

En enfermos oncológicos los cuidados conllevan un alto nivel de implicación y una gran carga emocional; los pacientes pueden presentar desgaste en su proceso evolutivo de enfermedad, efectos secundarios de los tratamientos (náuseas, vómitos, mareos, anemia, alopecia, etc.), pérdida de autonomía, pérdida de la capacidad del propio paciente para realizar las ADVD, necesidades de alimentación, necesidades de aseo, movilidad de paciente, cuidados específicos, etc.

La sobrecarga objetiva corresponde con resultados negativos concretos y visibles del papel del cuidador y la sobrecarga subjetiva a las sensaciones que experimenta el cuidador a la evolución de la propia enfermedad en el paciente (138).

Cuando un cuidador, independiente de si es varón o mujer, ejerce cuidado, está sometido constantemente a situaciones de estrés (129,130)

suponiendo como abordábamos anteriormente un exceso en las labores diarias que tiene la propia persona, posiblemente trabajo.

En palabras de Giraldo y colaboradores “la jornada de los cuidadores suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario determinado, en la mañana, tarde y noche. Esta circunstancia genera cambios importantes en la vida de los cuidadores a nivel personal, familiar, laboral y social. Aparecen problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que algunas veces puede desembocar en el abandono de la actividad de cuidar.” (130).

Hablamos de “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador” cuando existen indicios de aislamiento, soledad, estados depresivos, estrés crónico, descuido en el propio cuidado de la persona cuidadora traduciéndose en problemas osteoarticulares, dolor mecánico crónico, alteraciones de los ritmos de sueño, cefaleas y astenia siendo comunes los cuadros depresivos (131,132).

La manifestación de este síndrome se traduce en problemas osteoarticulares, dolor mecánico crónico, alteraciones de los ritmos de sueño, cefaleas y astenia siendo en la parte de salud mental la destacada ansiedad, depresión como si se tratara de cuadros depresivos (131,132).

El familiar asume el cuidado bajo unas propias emociones generadas por la situación oncológica posiblemente vinculadas a la angustia, ansiedad, miedo, incertidumbre sumando las emociones propias del rol de cuidador principal, desgaste físico, insomnio, ansiedad, situaciones depresivas, etc., debido a la situación de su nueva realidad modificada.

Autores como Maslach y colaboradores (135) en su teoría del estrés en cuidadores primarios caracterizan este síndrome como “el síndrome del agotamiento emocional” que genera despersonalización y baja realización personal. Afirman surgir respuestas negativas del cuidador hacia el mismo típicas de depresión, autoestima baja, aumento de irritabilidad, aislamiento



profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia y pérdida de motivación hacia el trabajo (135)

Para medir la sobrecarga del cuidador principal ante el cuidado de una persona dependiente, en nuestro caso, enfermo de cáncer, se utiliza comúnmente la escala Zarit.

## **2.8 Incapacidad laboral, baja laboral, autónomos, desempleo, salario mínimo interprofesional, prestaciones, seguridad social.**

### 2.8.1 Discapacidad e Incapacidad. Diferentes conceptos.

Las enfermedades crónicas o las secuelas terapéuticas pueden dar lugar a discapacidad y/o incapacidad laboral (140) siendo ambos conceptos diferentes entre sí en su definición, aplicabilidad y dependencia a institución.

La *discapacidad* depende de la Comunidad Autónoma, en nuestro caso, depende de donde se encuentre el paciente. La discapacidad comprende las limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales que en la interacción del propio paciente con el medio que le rodea le generan reducción en su derecho de participar plena y efectivamente en la sociedad.

La persona adquiere la certificación de situación de discapacidad cuando se realiza una evaluación de la relación entre la condición de la salud de la propia persona, los factores personales y los factores externos de las circunstancias en las que vive la persona.

No conlleva obligatoriamente una prestación económica directa, sino que corresponde con determinados beneficios sociales y fiscales.

La *incapacidad* depende del Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España (MITRAMISS) a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); es una prestación relacionada enteramente con la

parte laboral de la persona, en nuestro caso, la parte laboral que viniera desempeñando el paciente.

Necesita una cotización previa en su solicitud, está relacionado con el puesto de trabajo, conlleva prestación económica y puede ser de dos tipos: Incapacidad laboral Temporal (IT) o Incapacidad laboral Permanente (IP).

Siguiendo la afirmación de Delclós y colaboradores en relación con la incapacidad temporal y quién compete su certificación: “se genera cuando una enfermedad o accidente (lesión), sea o no de trabajo, imposibilita a una persona temporalmente para trabajar y precisa de asistencia sanitaria. En España, el médico de atención primaria del Sistema Nacional de Salud certifica tanto la baja como el alta de la incapacidad temporal por contingencia común” (C.C) (140)

Andrée y colaboradores detalla al hablar de la incapacidad permanente y el progreso de su concesión, que: “la situación de incapacidad permanente (IP) es reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) cuando un problema de salud afecta a una persona afiliada que cumple determinados requisitos legales, se relaciona de manera principal con las enfermedades crónicas.

La IP puede ser de origen común o profesional y se reconoce por parte de un Equipo de Valoración de Incapacidad (en cada provincia) cuando el problema de salud que sufre incapacita al trabajador/a de manera previsiblemente definitiva para su trabajo (grados de IP “total” o “absoluta”) e incluso para realizar otras tareas de la vida diaria (“gran invalidez”), dando lugar a una prestación económica cuya cuantía depende del grado de IP reconocido” (141,142)

### 2.8.2 Incapacidad Laboral Temporal (IT).

El cáncer es un proceso que requiere tramitación de baja médica (o incapacidad temporal) en alguno de los momentos desde el diagnóstico oncológico y sobre todo con la aplicación de los diferentes tratamientos en el paciente (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.)

En términos estadísticos aportados por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) recogidos en el INSS “el cáncer tiene un tiempo estándar de 240 días para la mayoría de los tumores. Sin embargo, la mayor parte de las bajas por cáncer van a tener una duración mayor. El periodo medio de esta baja se sitúa en la horquilla de 280 días a 365 días de duración” (76,143).

Es lo comúnmente conocido la IT como “situación de baja” o “baja”. Lo acredita y certifica atención primaria a través del médico de cabecera y corresponde con un proceso transitorio debido a enfermedad común, profesional y/o accidente sea o no de trabajo mientras el trabajador se encuentra en situación de impedimento para realizar su actividad laboral y recibe asistencia sanitaria.

Tiene una duración no superior a 12 meses, aunque puede prolongarse de forma excepcional otros 6 meses; pero hablando estrictamente de incapacidad temporal entraríamos únicamente en la consideración del total de 12 meses.

En el caso que nos atiende para pacientes oncológico, puede tener la prórroga de 180 días posteriores a la baja común, e inclusive, existe una demora en el que a la IT cumplidos los 18 meses podría llegar hasta los 720 días si la previsión del paciente es de incorporación al puesto de trabajo anterior.

Una persona trabajadora cuando es diagnosticada con enfermedad de cáncer, al estar imposibilitado para poder realizar su trabajo pasa a encontrarse en situación de incapacidad temporal durante la cual recibe una prestación económica para compensar la pérdida del salario por no poder trabajar.

De la misma forma, si el trabajador que es diagnosticado estaba cobrando la prestación o subsidio por desempleo, también pasa a encontrarse de baja en la que continúa cobrando la misma cuantía que durante el desempleo, pero teniendo que sellar demanda y no es llamado a ningún curso ni entrevistas de trabajo hasta que se encuentre fuera de la incapacidad temporal.

El reconocimiento y pago corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o al Instituto Social de la Marina (ISM), a la Mutua colaboradora de la Seguridad Social (MCSS) y a las empresas autorizadas.

La cuantía corresponde por enfermedad y accidente no laboral corresponde al 60% de la base reguladora desde el 4º día de la baja hasta el 20ª inclusive y el 75% desde el día 21 en adelante.

El grado de incapacidad lo determinan los equipos de valoración de incapacidades (EVI).

La finalización del tiempo establecido para la IT, si sigue la situación de incapacidad por parte del paciente y si hay previsión de no modificación en los siguientes seis meses, el paciente pasaría a valoración de IP; determinado obvio por el comité siempre y cuando no exista una situación de mejoría previsible.

En datos relacionados con una de las principales neoplasias, el cáncer de mama defiende la AECC que es la principal causa de prórroga de IT a los 12 meses y la segunda causa de inicio de expediente de IP a los 12 meses, por la pauta, calendario de tratamiento, reconstrucción anatómica y atención psicológica que necesitan “concretamente, el cáncer de mama en cuanto a las bajas (IT) tiene una duración media de 320 días y 6900 procesos de baja alcanzaron los 365 días en 2015 (135)

En datos facilitados por el INSS, en el año 2017 hubo un total de 5.206.659 procesos de incapacidad temporal (IT) correspondiendo un total de 90.641 a neoplasias consumiendo un total de 8.360.654 días de IT por enfermedad de cáncer (144).

El 30% de los procesos de IT por cáncer en éste mismo año mantuvieron la baja alcanzando o sobrepasando los 365 días siendo en torno al 55% de las IT iniciadas por neoplasias una continuidad hacia la IP o no retorno al trabajo por diversas circunstancias (144).

Los diagnósticos más frecuentes en procesos que alcanzaron los 365 días de baja fueron de forma destacada el cáncer de mama ocupando el tercer lugar por detrás de “lumbalgias” y los trastornos de “ansiedad” (144).

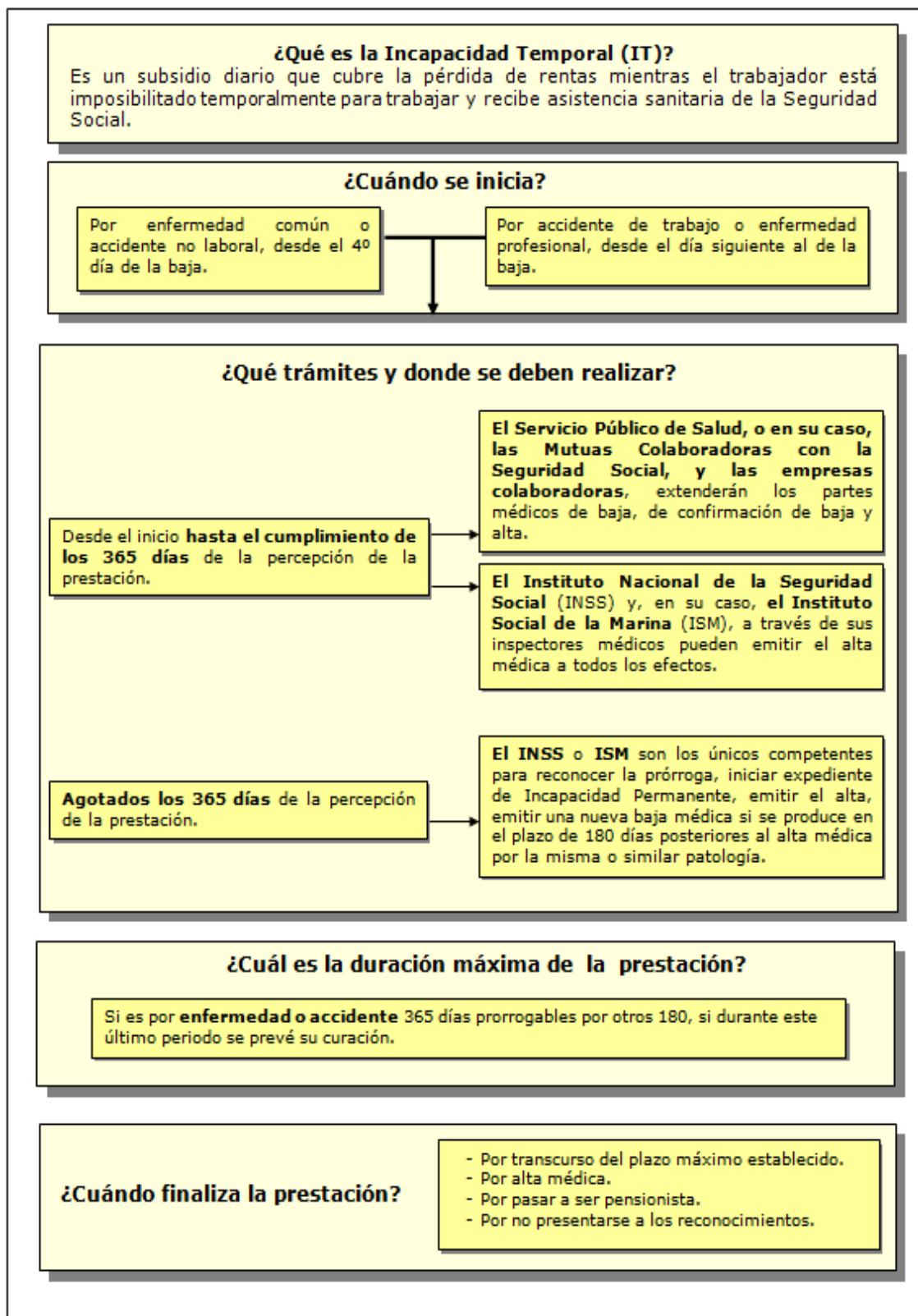


Figura 18. Mapa de Incapacidad Laboral Temporal (IT)  
Fuente: Instituto Nacional del Cáncer (NCI), 2021.

### 2.8.3 Incapacidad Laboral Permanente (IP).

La Incapacidad Laboral Permanente (IP) es la situación en la que se encuentra el trabajador que, después de haber sido sometido a tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, etc.) presentando reducciones anatómicas o funcionales graves previsiblemente definitivas que le impiden desempeñar su capacidad laboral (140,141).

El proceso oncológico en muchos casos supera la duración máxima de 12 meses pasando a la fase de prórroga de 180 días hasta un máximo de 545 días (inclusive, 180 días más, en casos excepcionales; si finalizado éste tiempo, la persona afectada de cáncer sigue precisando de tratamiento médico o descanso laboral terapéutico en espera de la curación o mejoría, al haber ya consumido el tiempo legal, se obliga a que se considere el alta médica o bien declarar la incapacidad permanente, con o sin formulación de revisión por mejoría (143).

Cuando ha transcurrido el periodo de IT, el tribunal médico puede conceder: alta médica, mantener la IT con prórroga, o conceder, por tanto, la IP.

La IP trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre el trabajador cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral.

Existen diferentes tipos de IP:

- **Parcial para la profesión habitual:** Ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en el rendimiento para dicha profesión.

- **Total para la profesión habitual:** Inhabilita al trabajador para su profesión habitual, pero puede dedicarse a otra distinta.

- **Absoluta para todo trabajo:** Inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio.

- **Gran invalidez:** Cuando el trabajador incapacitado permanente necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

En función del reconocimiento de Incapacidad Permanente, la cuantía que corresponde al paciente será diferente, al igual que la duración de la incapacidad que podrá tener carácter revisable o permanente.

La cuantía está determinada por la base reguladora y como hemos dicho por el porcentaje que se aplica según el grado de incapacidad permanente reconocido:

- **Incapacidad permanente parcial,** consiste en una indemnización a tanto alzado (24 mensualidades de la base reguladora que sirvió para el cálculo de la incapacidad temporal).

- **Incapacidad permanente total,** 55% de la base reguladora. Se incrementará un 20% a partir de los 55 años cuando por diversas circunstancias se presuma la dificultad de obtener empleo en actividad distinta a la habitual.

- **Incapacidad permanente absoluta,** 100% de la base reguladora.

- **Gran invalidez,** se obtiene aplicando a la base reguladora el porcentaje correspondiente a la incapacidad permanente total o absoluta, incrementada con un complemento.

Los pagos para enfermos oncológicos al referirse a una enfermedad común o accidente no laboral se realizan en 14 pagas (mensuales con dos pagas extraordinarias).

La IP en su reconocimiento tiene una serie de compatibilidades e incompatibilidades a la hora de desempeñar otro puesto laboral de la siguiente forma:



- **Incapacidad permanente parcial:** Es compatible con cualquier trabajo incluido el que viniera desarrollando.

- **Incapacidad permanente total:** Compatible con cualquier trabajo excluido el desempeño del mismo puesto en la empresa.

- **Incapacidad permanente absoluta y gran invalidez:** Puede realizar actividades compatibles con su estado. A partir de la edad de acceso a la jubilación, es incompatible con el trabajo por cuenta propia o ajena.

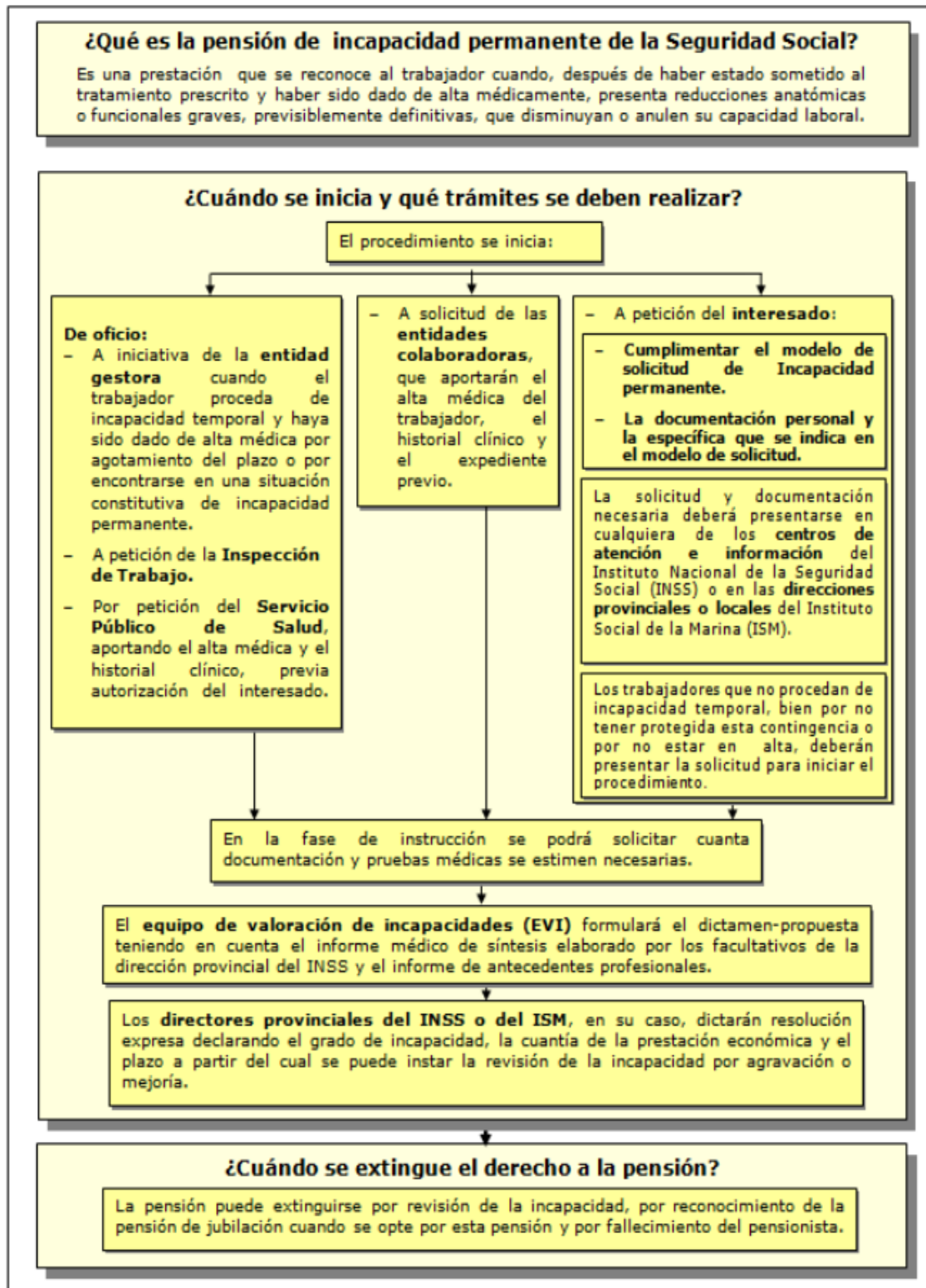


Figura 19: Mapa de Incapacidad Laboral Permanente (IP).  
Fuente: Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), 2021

## 2.8.4 Desempleo.

El término desempleo hace referencia a aquella persona que, encontrándose dentro de la población activa, es decir, dentro de la edad para trabajar, se encuentra buscando empleo.

La estimación en número realizada por la AECC refleja un total de 10.488 personas que han sido diagnosticadas con cáncer en España en situación de desempleo en el año 2021 (145) (Figura 20)

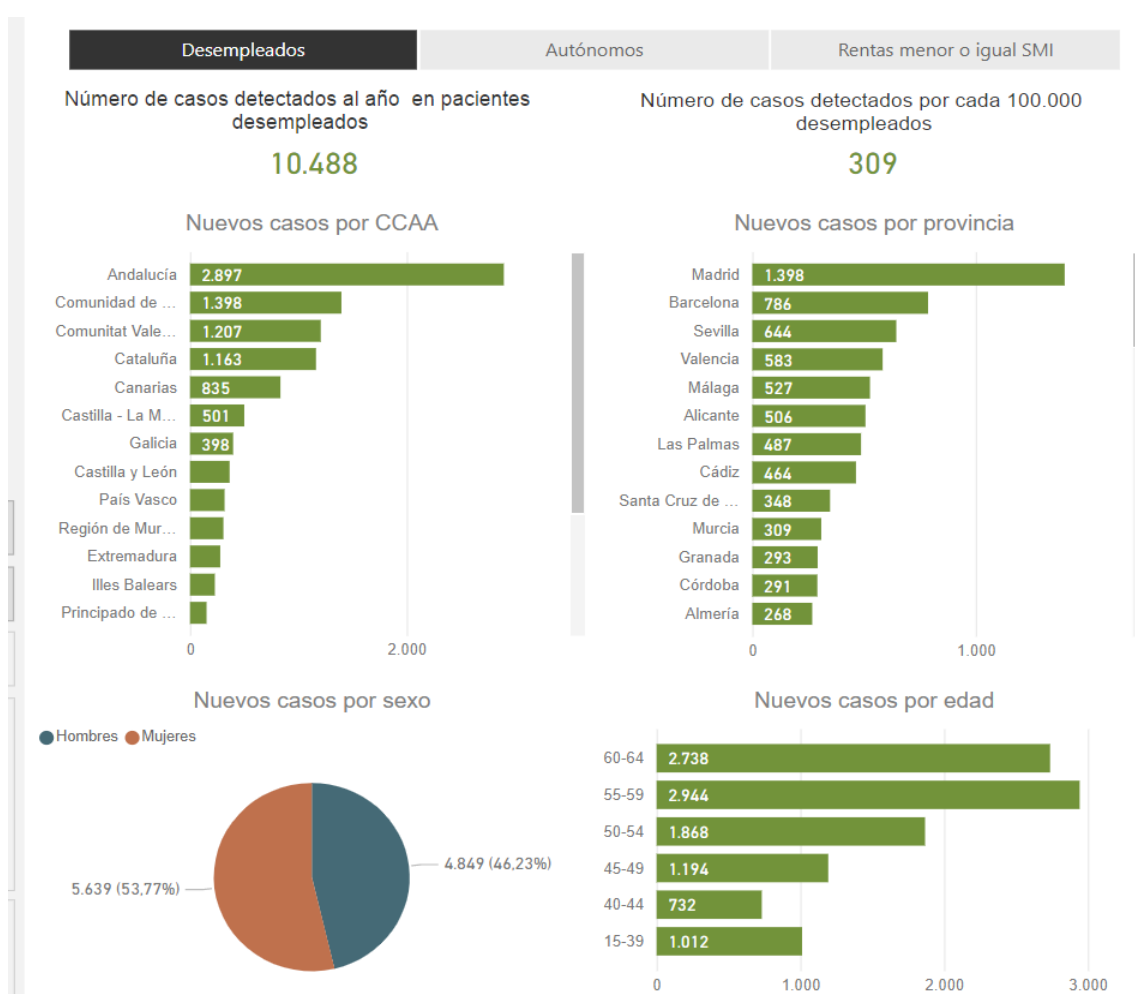


Figura 20: Número de casos detectados al año en pacientes desempleados en año 2021.

Fuente: AECC, 2021.

En Castilla y León la total ha sido de 366 personas diagnosticadas. En cuanto a distribución por sexo ha sido un total de 222 mujeres y 144 hombres (60,66 % y 39,34% respectivamente) destacando como la frecuencia no es similar.

Los pacientes en cuanto a tipología de cáncer en nuestra comunidad han sido mayoritariamente pacientes de cáncer de mama con un total de 88 personas y de pulmón con un total de 37 personas; destacamos como sigue las líneas de los cánceres más prevalentes por sexo. (145) (Figura 21)

La edad en la que mayor porcentaje de cáncer ha sido diagnosticado ha sido entre los 55-59 con un total de 106 personas seguido del rango comprendido entre los 60-64 con un total de 88 personas, lo que supone en el cómputo global alrededor del 65% del total de la población activa de Castilla y León (87) (Figura 21).

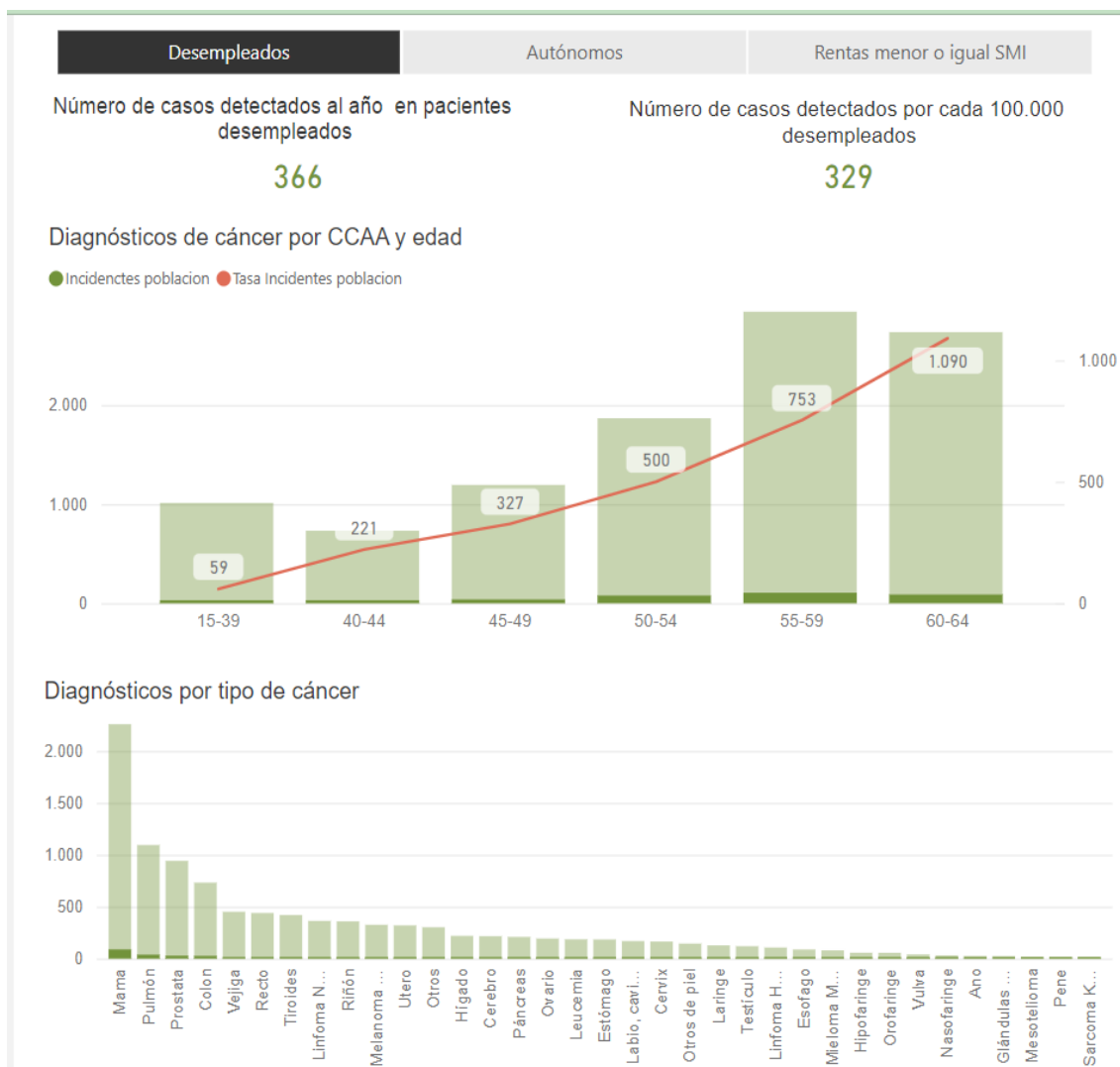


Figura 21: Número de casos detectados al año en pacientes desempleados por edad y tipo de cáncer.  
Fuente: AECC, 2021.

La cuantía media de la prestación por desempleo de estos pacientes ha sido 858€; siendo un 66,74% de los pacientes diagnosticados en esta edad perceptores de la cuantía mientras que el 33,26% restante no la ha percibido no teniendo prestación (145) (Figura 22)

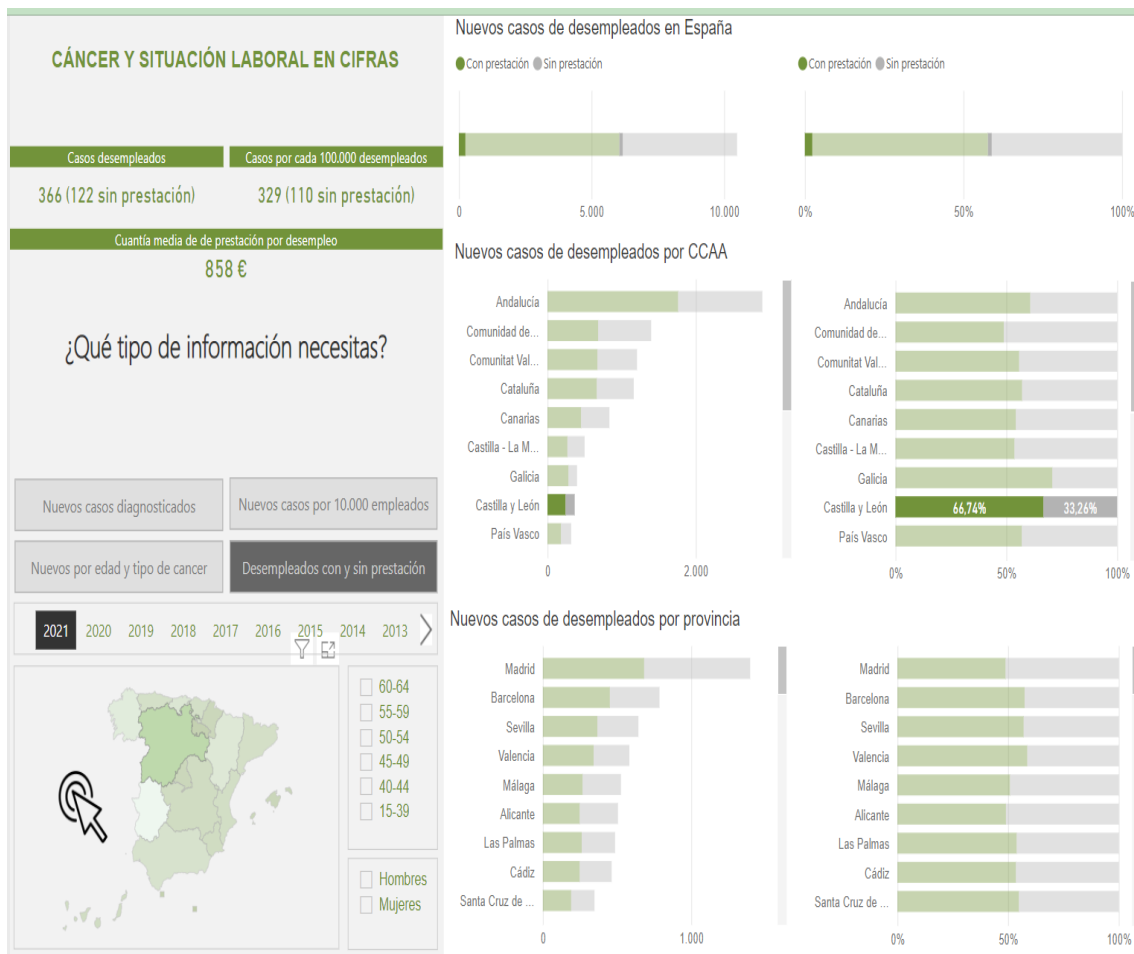


Figura 22: Cuantía de desempleo y porcentaje por sexo de percepción de desempleo.

Fuente: AECC, 2021.

### 2.8.5 Autónomos y trabajadores por cuenta propia.

El término autónomo hace referencia al colectivo de autónomos que trabajaban por cuenta propia no dependientes de ninguna empresa.

La estimación en número realizada por la AECC refleja un total de 13.040 personas que han sido diagnosticadas con cáncer en España como autónomos en el año 2021 (145) (Figura 23)

Número de casos detectados al año en pacientes autónomos

10.488

Número de casos detectados por cada 100.000 autónomos

309

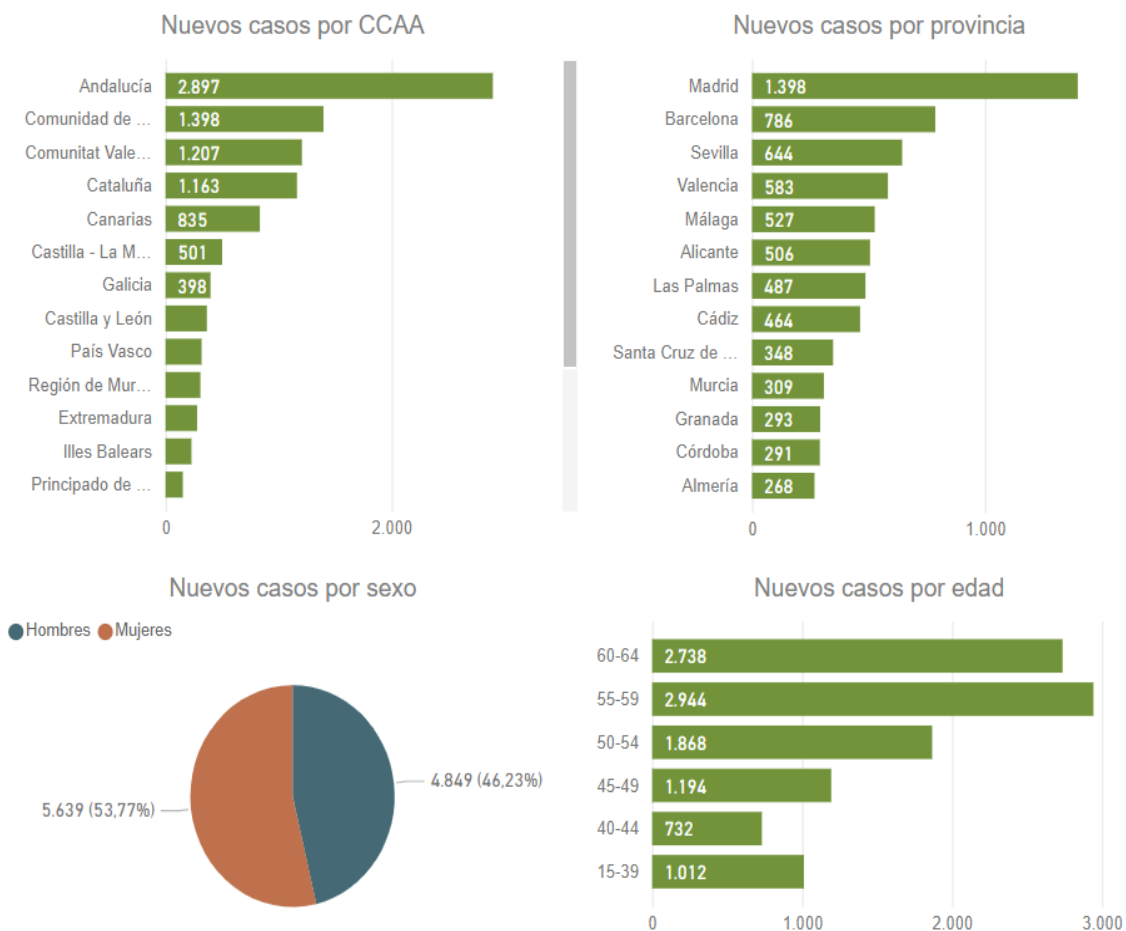


Figura 23: Número de casos detectados al año en pacientes autónomos. Fuente: AECC, 2021.

En Castilla y León la total ha sido de 853 personas diagnosticadas. En cuanto a distribución por sexo ha sido un total de 234 mujeres y 619 hombres (27,43% y 72,56% respectivamente) destacando como la frecuencia en personas autónomas es mayor en hombres.

Los pacientes en cuanto a tipología de cáncer en nuestra comunidad han sido mayoritariamente pacientes de cáncer de próstata con un total de 131 personas, de pulmón con un total de 114 personas y de mama con un total de 91 personas. (145) (Figura 24)

La edad en la que mayor porcentaje de cáncer ha sido diagnosticado ha sido entre los 60-64 con un total de 307 personas seguido del rango comprendido entre los 55-59 con un total de 284 personas, lo que supone en el cómputo global alrededor del 70% del total de la población autónoma de Castilla y León (145) (Figura 24).

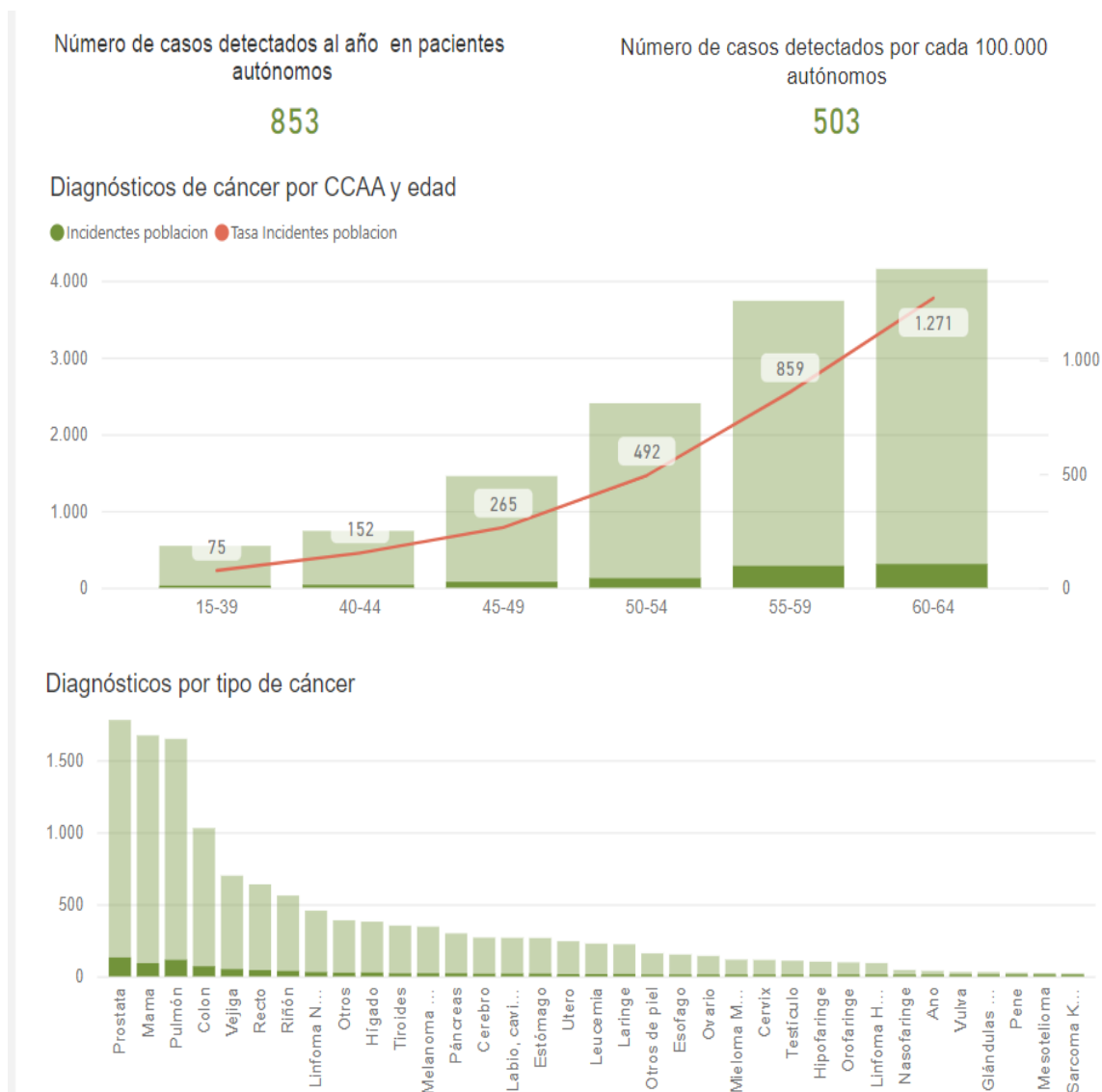


Figura 24: Número de casos detectados al año en pacientes autónomos por edad y tipo de cáncer.

Fuente: AECC, 2021.

En datos de cotización, en el año 2017, las personas autónomas en España cotizaban por base mínima un total de 919,80 € lo que supone que ante una incapacidad temporal estas mismas personas reciben una prestación de 670



€ por mes; de este dato hay que descontar los 275 € que tiene que seguir aportando a la Seguridad Social lo que reduce en líquido de percepción mensual a 395 € (75,76)

Dicha cuantía de cotización no ha sufrido mucha variación siendo en el año 2021 una base mínima de cotización de 960,60€/mes (147).

Los autónomos tienen que seguir cotizando a la Seguridad social durante su baja médica, reduciéndose sus ingresos al 60% de lo que ha cotizado (del 4º día al 20º) y al 75% (a partir del 21º día), igual que los trabajadores por cuenta ajena; sin embargo, los autónomos tienen que seguir haciendo frente a gastos habituales requeridos para el mantenimiento del negocio (préstamos, hipotecas, pago a proveedores, etc.) (75,76)

#### 2.8.6 Renta menor o igual al SMI.

El término Salario Mínimo Interprofesional (SMI) hace referencia a la retribución mínima que puede recibir un trabajador por su jornada legal de trabajo independiente del tipo de contrato que tenga.

La estimación en número realizada por la AECC refleja un total de 4652 personas que han sido diagnosticadas con cáncer en España en situación renta menor o igual que el SMI en el año 2021 (145) (Figura 25)

Número de casos detectados al año en pacientes con renta menor o igual que SMI

4.652

Número de casos detectados por cada 100.000 trabajadores con renta menor o iguala SMI

316

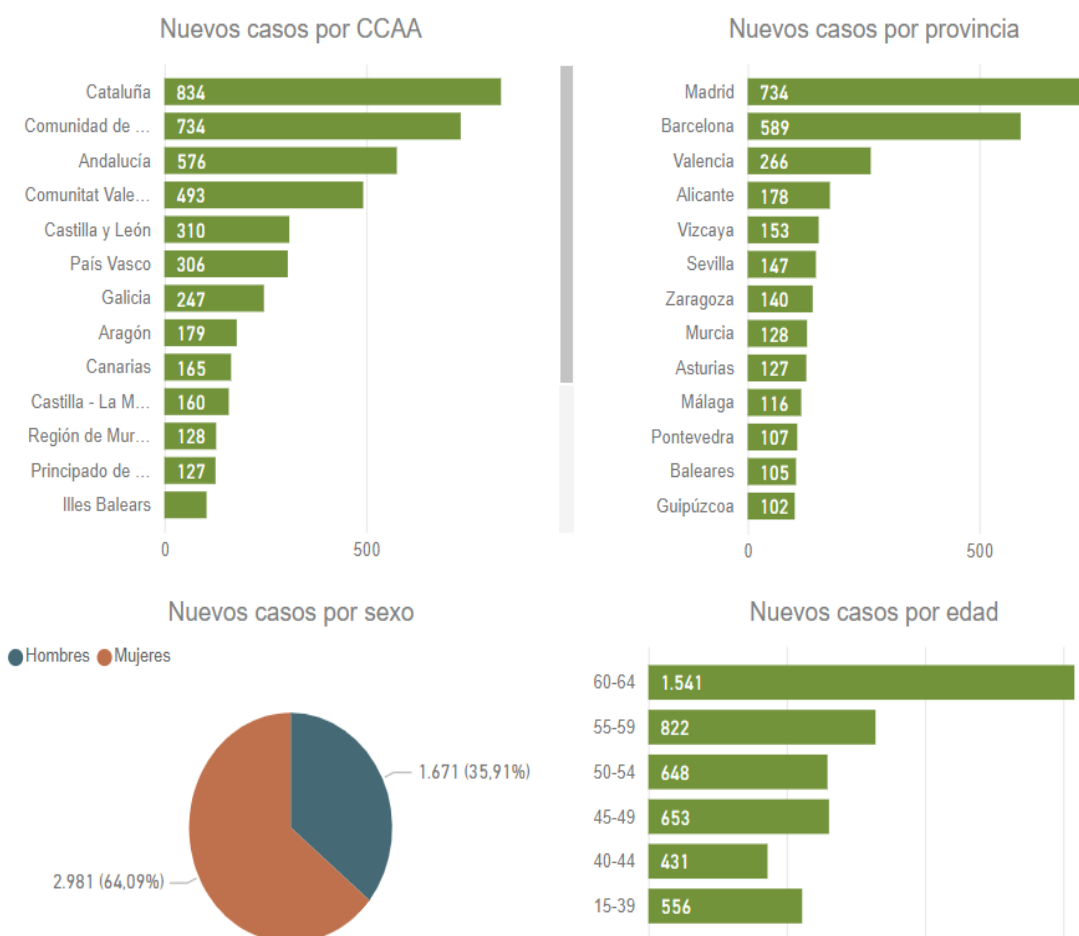


Figura 25: Número de casos detectados al año en pacientes con renta menor o igual que SMI.

Fuente: AECC, 2021.

En Castilla y León la total ha sido de 310 personas diagnosticadas. En cuanto a distribución por sexo ha sido un total de 190 mujeres y 120 hombres (61,29% y 38,70% respectivamente) destacando como la frecuencia en personas con renta menor o igual que SMI es mayor en mujeres.

Los pacientes diagnosticados en cuanto a tipología de cáncer en nuestra comunidad han sido mayoritariamente pacientes de cáncer de mama con un total de 78 personas 7 de pulmón con un total de 31 personas (145) (Figura 26)

La edad en la que mayor porcentaje de cáncer ha sido diagnosticado ha sido entre los 60-64 con un total de 107 personas seguido del rango comprendido entre los 55-59 con un total de 59 personas (145) (Figura 26).

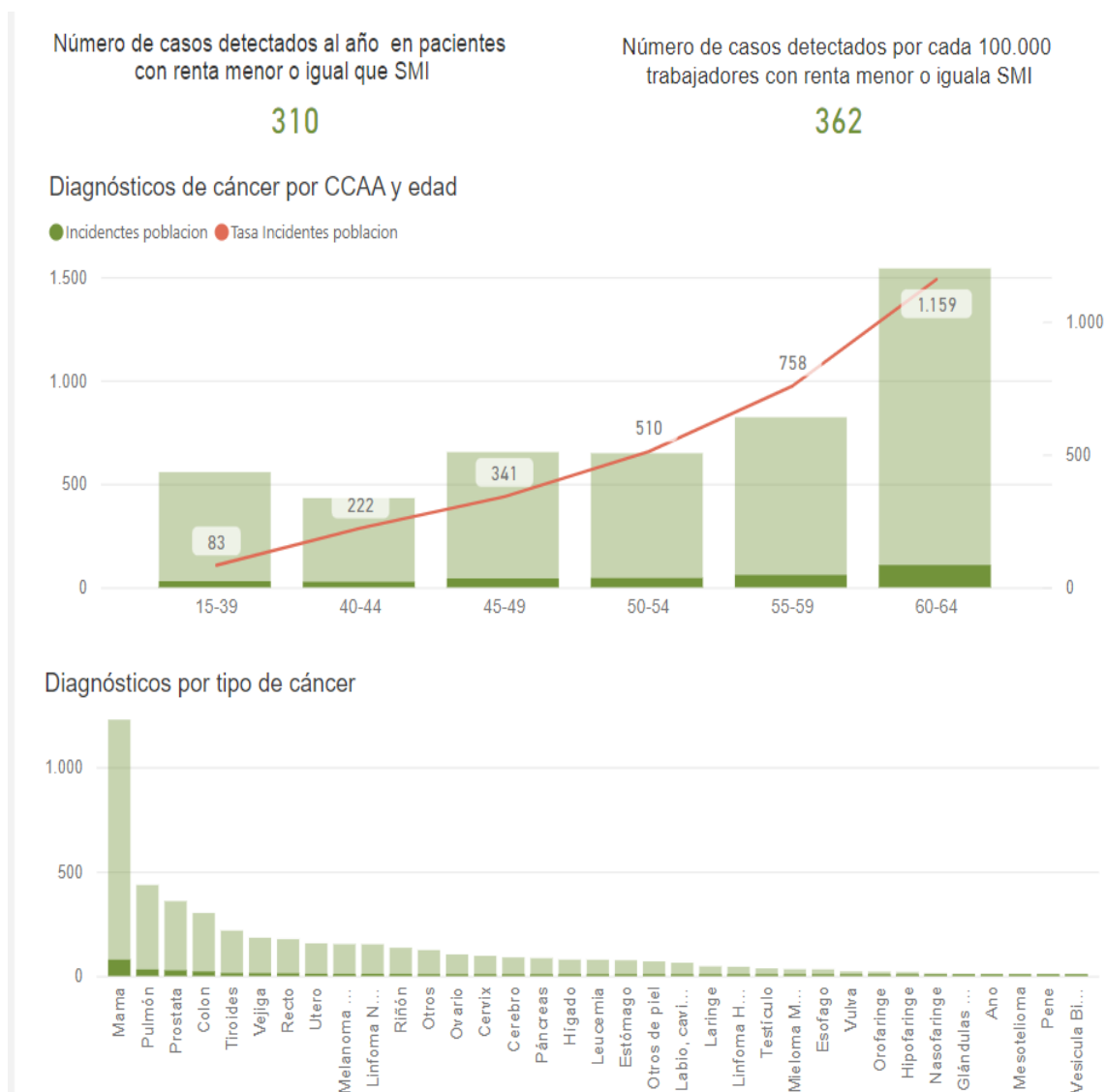


Figura 26: Número de casos detectados al año en pacientes con renta menor o igual que SMI por edad y tipo de cáncer. Fuente: AECC, 2021.

El gobierno es quien fija previa consulta con las organizaciones sindicales y asociaciones empresariales la cuantía tanto para trabajadores fijos como para eventuales del SMI. El importe ha ido aumentando con el paso de los años siendo para 2021 el salario mínimo para cualquier actividad determinado en 31,66 euros/día, o lo que es lo mismo, 950 euros/mes (147,148) (Figura 27)

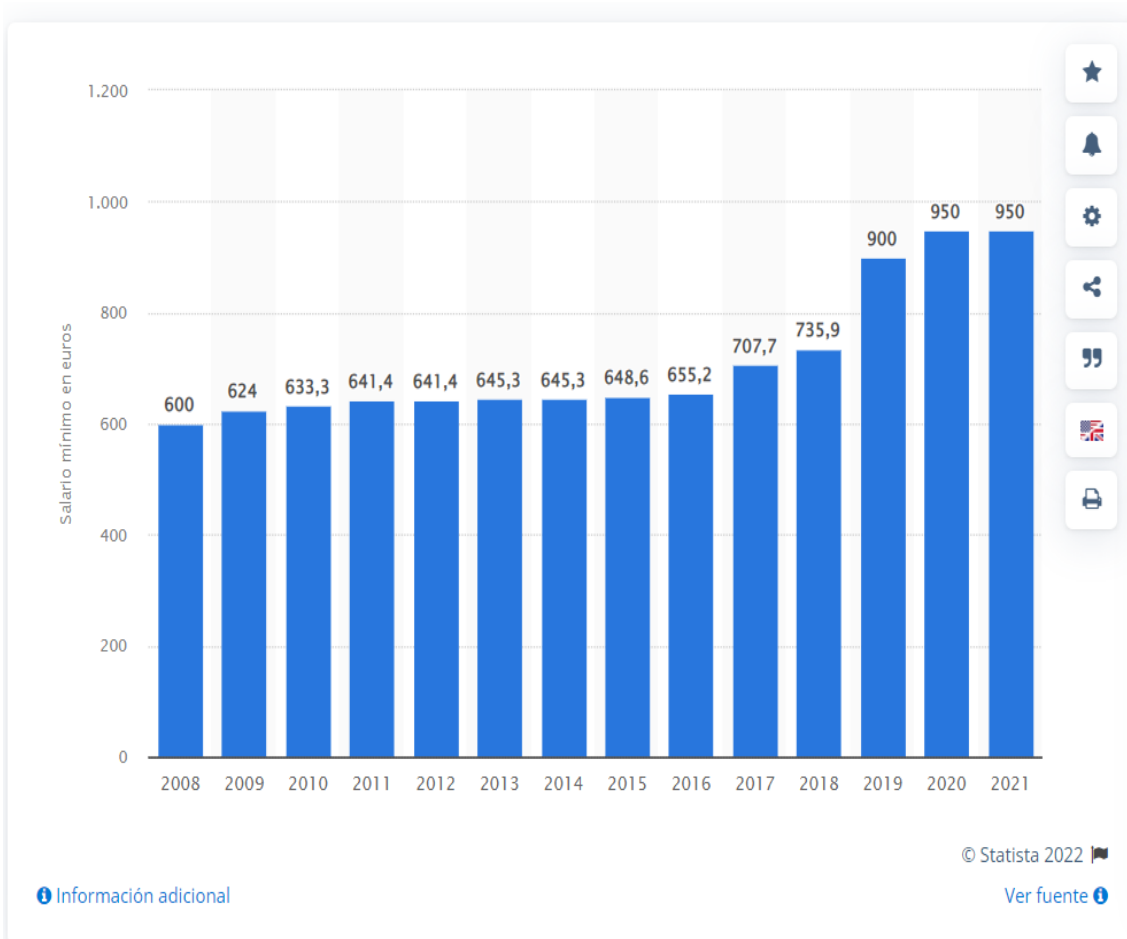


Figura 27: Salario Mínimo Interprofesional al mes en euros en España entre 2008- 2021.

Fuente: Statista, 2022.

En relación con el SMI correspondiente a trabajadores eventuales o temporeros según el INSS se establece que “cuando la relación laboral con una misma empresa no exceda de 120 días percibirán, juntamente con el salario mínimo diario establecido, la parte proporcional de la retribución de los domingos y festivos, así como de las dos gratificaciones extraordinarias a que, como mínimo, tiene derecho todo trabajador, correspondientes al salario de 30 días en cada una de ellas. En ningún caso la cuantía diaria del salario profesional puede resultar inferior a 44,99 euros por jornada legal en la actividad” (147,148)

El importe del SMI para empleados del hogar familiar corresponde por horas, en régimen externo, a 7,43 euros por hora efectivamente trabajada; el

importe está incluida la parte proporcional de gratificaciones extraordinarias y vacaciones (147,148)

El problema de este tipo de percepción es cuando un paciente solicita una IT; y es que si en la mayoría de los casos vemos reducido su salario percibido más se refleja en el SMI siendo un importe más bajo unido a los costes derivados de la enfermedad.

#### 2.8.7 Prestaciones incluidas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Las prestaciones que quedan incluidas dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) son las relacionadas con atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación de productos dietéticos y prestación de transporte sanitario.

La *prestación farmacéutica* del SNS comprende medicamentos y productos sanitarios o actuaciones encaminadas a que los pacientes puedan recibir de una forma adecuada necesidades clínicas en dosis precisas según casuísticas individuales durante el tiempo estipulado y que supongan un coste ínfimo para el paciente y para la comunidad (149)

Queda regido por la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de Julio.

La inclusión de un medicamento en la financiación pública requiere estar autorizado por parte del Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia (149)

La financiación de medicamentos por SNS es selectiva y no indiscriminada realizándose en función de su utilidad terapéutica atendiendo a criterios de coste-beneficio para mejorar la salud de los ciudadanos.

La receta viene a través del médico de atención primaria o especialista, la aportación es mediante copago siendo proporcional al nivel de renta de la persona que se actualiza como máximo anualmente.

En pacientes con cáncer existen medicamentos que no quedan cubiertos de forma completa por el SNS pagando una cuantía por financiación, pagando el completo coste del medicamento o pagando un fármaco experimental que no entra por SNS con un coste elevado que tampoco asume farmacéutica distribuidora teniendo que ser además sufrido por el paciente oncológico.

En pacientes con cáncer existen medicamentos que no quedan cubiertos de forma completa por el SNS pagando una cuantía por financiación del SNS, pagando el completo coste del medicamento, o pagando un fármaco experimental que no entra por SNS con un coste elevado que tampoco asume la farmacéutica distribuidora.

La *prestación ortoprotésica* comprende productos sanitarios, implantes o no, con la finalidad de sustituir total o parcialmente una estructura corporal o bien modificar, corregir o facilitar su función con el objetivo de mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente (149)

Puede distribuirse mediante prestación por servicios de salud o a través de ayudas económicas financiadas para el pago de material; entendida la ayuda económica como la parte de financiación parcial del SNS estipulada en sus bases (149,150).

Dentro de la prestación ortoprotésica se incluyen implantes quirúrgicos, prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y ortoprotesis especiales.

En pacientes con cáncer el material ortopédico no queda cubierto por el SNS teniendo que pagar una cuantía en referencia a andadores, sillas de ruedas, cojines antiescaras, ortesis, ortoprotesis especiales, etc.

Debemos tener en cuenta que existen inclusive necesidades para pacientes con cáncer en estadios avanzados como puede ser una cama ortopédica, un colchón antiescaras o una grúa para movilización que no quedan cubierto ni financiado por el SNS en el que el coste tiene que quedar cubierto de forma íntegra por el paciente y familia.

La *prestación con productos dietéticos* comprende la dispensación de tratamientos dietoterápicos a los pacientes que tengan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria a pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales por su situación clínica (149).

La prestación se hace por los servicios de salud o a través de ayudas económicas.

La *prestación por transporte sanitario* consiste en el desplazamiento de enfermos por causas clínicas o cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios a transporte (149,150).

La Junta de Castilla y León emite ayudas por desplazamiento, manutención y alojamiento derivados de asistencia sanitaria para paciente y acompañantes cuando se trasladan a recibir asistencia sanitaria a un centro ubicado en localidad diferente de lugar de residencia utilizando medios de transporte no sanitario (151).

Dichas ayudas terminan de llegar al paciente en concepto de ayuda emitida por la Junta de Castilla y León, un año después de acreditar documentación y facturación.

En pacientes con cáncer el desplazamiento para realizar una cirugía, intervención, tratamientos u hospitalización es una tónica general; teniendo que asumir ellos los costes derivados de desplazamiento, manutención y alojamiento quedando financiado en el mejor de los casos una cuantía por una ayuda.

## **2.9 La pandemia de la covid-19 (2020). impacto económico en pacientes oncológicos.**

### 2.9.1 La pandemia de la COVID-19 (2020).

La pandemia de la COVID-19 ha provocado la mayor caída de la economía española en 85 años con un descenso histórico del PIB del 11% en el año 2020 (152,153,154).

La evolución de la pandemia unido a las restricciones impuestas a nivel político para paliar su propagación condicionó el desempeño de la actividad económica global llegando a tildarse la pandemia de la COVID-19 como la causante de la mayor crisis sanitaria de la historia reciente en España.

La distribución de la crisis ha afectado de forma asimétrica a sectores productivos, tejidos industriales, hogares, provincias, turismo, etc., siendo hoy necesaria una valoración del contexto económico, difícil y complejo por otra parte.

Los ingresos asociados al turismo extranjero cayeron un 75,9% en 2020 en términos reales (153); siendo una de las principales fuentes de ingreso para muchas unidades familiares sobre todo si nos referimos a los subsectores que abarca.

En el momento álgido de la pandemia, abril de 2020, más de 3,5 millones de trabajadores se encontraban afectados por un expediente de regulación temporal de empleo ERTE en nuestro país; siendo aún en marzo de 2021 presente con algo más de 740.000 trabajadores estando en algún tipo de ERTE (153).

El Índice AROPE en el año 2020 nos notifica un total de 12,5 millones de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social; el 26,4% de la población total española. Existen nuevos pobres, en valor absoluto, hasta 620.000 nuevas



personas en riesgo de pobreza o exclusión social en el año 2020 (155) (Figura 28)

La Gran Recesión Española en el año 2008 con el estallido de la burbuja inmobiliaria, bancos en quiebra, falta de liquidez, etc. supuso que millones de personas no pudieran hacer frente a las deudas derivadas de la crisis; como vemos en la figura a partir de este momento la tendencia de pobreza y/o exclusión es ascendente (Figura 28)

La llegada del año 2020 y la pandemia COVID-19 vuelve a incrementar el índice, en más de punto, del riesgo de pobreza y/o exclusión social (Figura 29).

La AECC cuando habla de la situación de la pandemia COVID-19 actual manifiesta como resulta “difícil encontrar en la historia sanitaria reciente una amenaza comparable por su extensión geográfica, por sus efectos en la salud, por su impacto económico, por su duración o por la incertidumbre ha generado sobre la vida cotidiana” (156,157)

Tenemos que comprender que la situación de la pobreza no es un fenómeno aislado del año 2020 para las personas que han vivido en esta situación de COVID-19, sino que es un proceso evolutivo, que incluso podríamos concretar, como punto de partida en la crisis económica de la gran recesión del año 2008.

La pandemia actual de la COVID-19 del año 2020 supone para muchos sectores, y, por ende, para muchas personas un sumatorio de la crisis del 2008; y es que la pandemia actual no ha hecho más que intensificar la situación de vulnerabilidad de millones de personas, entre ellos, pacientes oncológicos.

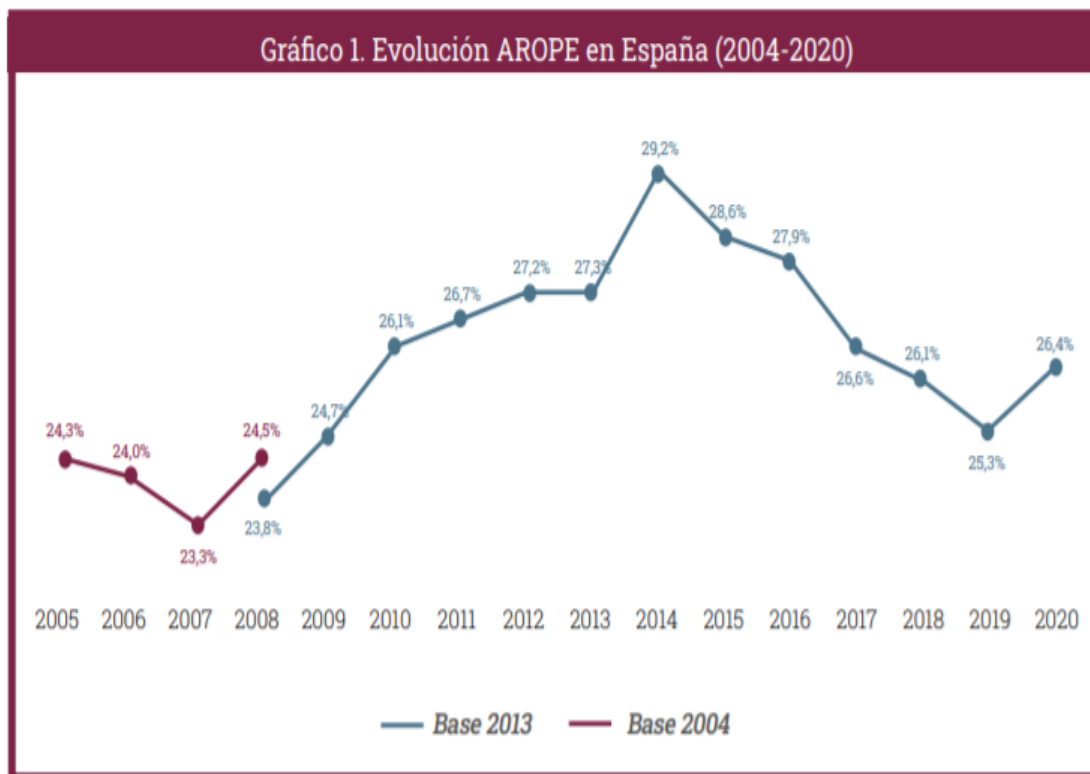
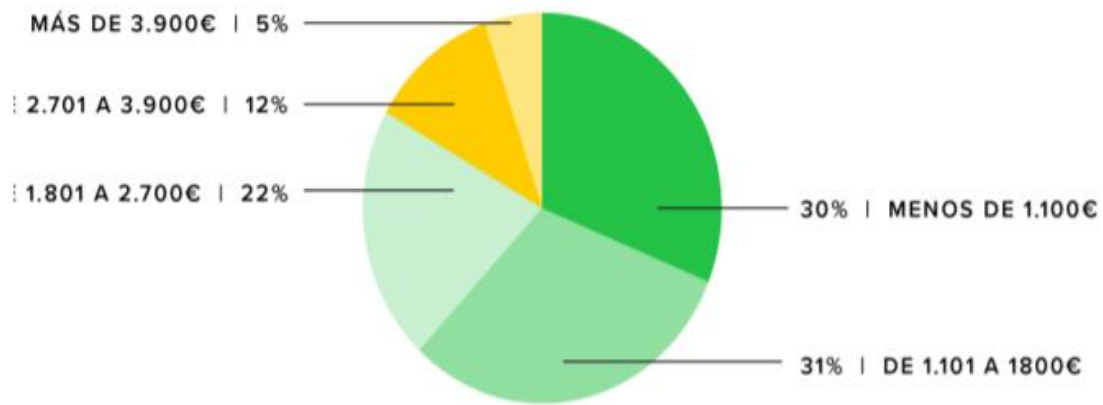


Figura 28: Evolución AROPE en España (2004-2020)

Fuente: Informe AROPE, 2021.

### 2.9.2 Impacto económico de la pandemia en pacientes oncológicos.

En una de las investigaciones realizadas por la AECC a pacientes con cáncer en dos momentos de la pandemia COVID-19 (primer momento: durante periodo de confinamiento domiciliario Abril 2020 y segundo momento: entre el 16 de Noviembre y 8 de Diciembre de 2020) arrojó resultados a través de una muestra total de 2770 pacientes diagnosticados en confinamiento y 1449 en la fase de restricción de movilidad que el 61% de los pacientes se situaban en una renta media por debajo de los 1.800€/mes y hasta un 30% con rentas inferiores a los 1.100€/mes (156) (Figura 29)



CAMBIOS EN LAS RENTAS DURANTE EL CONFINAMIENTO

Figura 29: Impacto salud, social y emocional de la COVID-19, 2020.  
Fuente: AECC, 2022.

También se valoraron posibles cambios por situación de confinamiento debido al COVID-19 en la situación económica de su hogar; de la muestra se obtuvo que el 54% de los encuestados no notaron cambios en su situación económica, el 27% había empeorado su situación un poco teniendo que hacer recortes y el 19% había empeorado su situación bastante o mucho teniendo éstos últimos que hacer recortes severos de gastos, contraer deudas o necesitar ayudas económicas (156,157) (Figura 30)

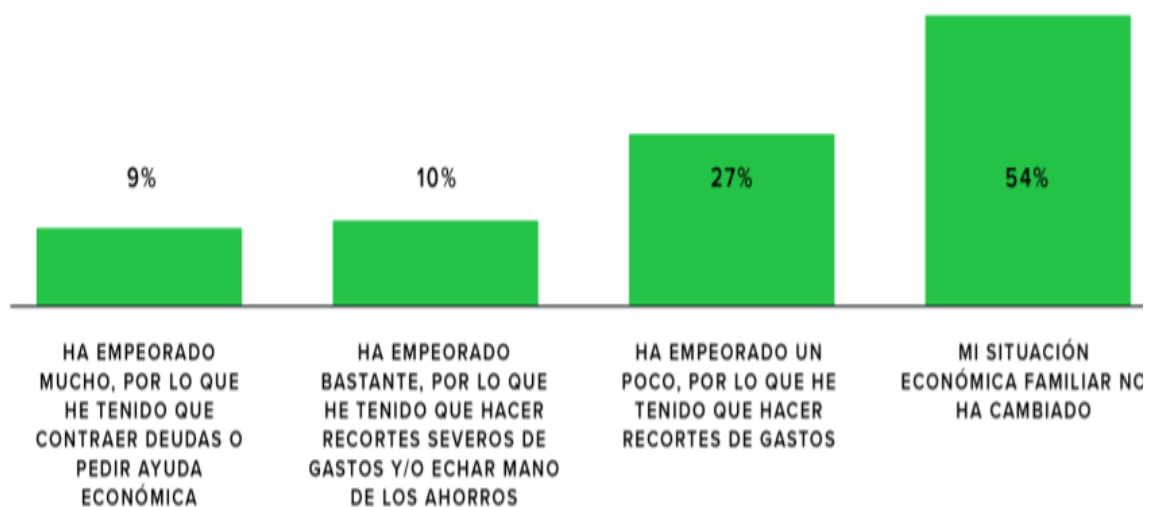


Figura 30: Posibles cambios provocados por situación de confinamiento debido a COVID-19 en la situación económica del hogar.

Fuente: AECC, 2022.

La pérdida de la actividad económica repercute y repercutirá en la incertidumbre evolutiva de la economía española en pacientes oncológicos desde el año 2020; “los grupos de mayor riesgo suelen ser las mujeres que se encuentran sobre representadas en los sectores productivos más afectados por la crisis sanitaria (hostelería, turismo y comercio), las personas jóvenes entre las cuales se establece una elevada presencia del desempleo y las personas migrantes por presentar una situación laboral más precaria vinculada a la temporalidad” (156)

Las situaciones complejas potenciadas por la situación COVID-19 que han aumentado en pacientes a nivel social y en las que han intervenido Trabajadores Sociales de la AECC (entre los que me incluyo) han estado relacionadas con las dificultades económicas para poder pagar el alquiler o la hipoteca, complicaciones para sumir gastos básicos de suministros (agua, luz, etc.) y complicaciones para asumir gastos de alimentación en el hogar (156).

Aún es pronto para hacer una evaluación del impacto económico que ha supuesto la COVID-19 en pacientes oncológicos puesto que nos encontramos en pleno proceso evolutivo de la pandemia.

## **2.10 Costes directos e indirectos del cáncer.**

El gasto extraordinario derivado del proceso oncológico, de los tratamientos aplicados y de los efectos secundarios del paciente oncológico es a todo aquel *coste adicional* que tiene que asumir el propio paciente y/o familia por encontrarse enfermo.

El tratamiento del proceso oncológico en España desde el momento del diagnóstico queda cubierto por el servicio público de Sanidad: diagnóstico,

cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, trasplante de células madre (trasplante de médula ósea), etc.

El proceso evolutivo de la enfermedad oncológica genera en pacientes situaciones de discapacidad, dependencia para realizar las AVD, necesidades de apoyo formal e informal para cuidados, necesidades de apoyo de material ortopédico, pagos de medicación, dietas alimentarias, desplazamientos hospitalarios, etc.

En palabras de ONCYL cuando habla de la carga socioeconómica resalta que el cáncer también lleva implícita una carga socioeconómica para pacientes, y sus familias, así como para la sociedad en su conjunto. Además, los pacientes sufren, entre otros aspectos, el impacto de posibles secuelas físicas y psíquicas, la repercusión en la vida laboral y el estigma social (90).

#### 2.10.1 Costes directos y costes indirectos del proceso oncológico.

Los *costes directos* son aquellos costes relacionados con la atención primaria, atención hospitalaria, consultas, pruebas, tratamiento, seguimiento, farmacia y parafarmacia, etc., es decir, aquello que se relaciona directamente con el Sistema Nacional de Salud (SNS)

Los *costes indirectos* son los relacionados con mortalidad prematura, incapacidad laboral o incapacidad permanente, es decir, aquello relacionado directamente con la pérdida de productividad relacionado con el Sistema Nacional de Seguridad Social (INSS)

Algunos autores reseñan además los *costes de cuidado informal*; aquello que no entra dentro de la consideración del coste directo SNS ni del coste indirecto INSS pero que conlleva cuidados no profesionales y no remunerados que supone gastos a la familia del paciente (158,159).

Por otra parte, otros autores además de los costes de cuidado informal hablan de *costes intangibles*; aquellos relacionados directamente con la pérdida objetiva y subjetiva de la calidad de vida del paciente (158,159).

Muchas son las enfermedades crónicas no transmisibles sobre las que se ha intentado hacer un acercamiento hacia los costes directos e indirectos; igual en cáncer, aunque de una forma minoritaria existen pocas investigaciones y literatura al respecto.

Teniendo en consideración investigaciones relacionadas con otras enfermedades crónicas no transmisibles y alguna investigación superficial relacionada con el cáncer, haremos también uso de la experiencia asistencial en el campo determinando los costes directos e indirectos respecto al cáncer.

#### **COSTES DIRECTOS MÉDICOS en pacientes oncológicos:**

- Atención primaria y atención especializada.
- Coste de tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, etc.)
- Coste de farmacia y parafarmacia (copagos, recetas, batidos, probióticos, cremas, etc.)
- Cuidados paliativos.
- Reconstrucción mamaria, preservación de fertilidad, consejo genético, etc.
- Rehabilitación.

#### **COSTES DIRECTOS NO MÉDICOS en pacientes oncológicos:**

- Transporte para recibir el tratamiento (costes de transporte, gasolina, etc.).
- Alojamiento por traslado a otro hospital para recibir tratamiento (coste de hotel/hostal, etc.)
- Dietas específicas para salud de paciente y proceso de enfermedad.

- Adaptación, equipamiento y obras de domicilio en función de capacidades funcionales del paciente.
- Cambio de vivienda para cuidado de paciente oncológico.
- Material ortopédico: cama articulada, colchón y cojines anti escaras, sillas de ruedas, andadores, bastones, pelucas, etc.
- Ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente a consultas, tratamiento activo, ingreso hospitalario de larga estancia en misma ciudad o diferente por traslado.
- Ayuda a domicilio cuidados formales: gastos en contratación de servicios externos.
- Ayuda a domicilio cuidados informales: inversión en tiempo y esfuerzo para cuidado por parte de familiar de paciente no remunerado.
- Apoyo o ayuda económica familiar para gastos.

**COSTES INDIRECTOS en pacientes oncológicos:**

- Mortalidad prematura.
- Incapacidades tramitadas en INSS.
- Jubilación/jubilación anticipada.
- Pérdida de ingresos en supervivientes de cáncer.
- Pérdida de ingresos unidad familiar de paciente para cuidado del enfermo.

La AECC en una de sus investigaciones (aun resaltando múltiples limitaciones en su estudio) estima que el 55% de los costes del cáncer corresponde con el sistema sanitario y el 45% restante con familias y pacientes (Figura 31).

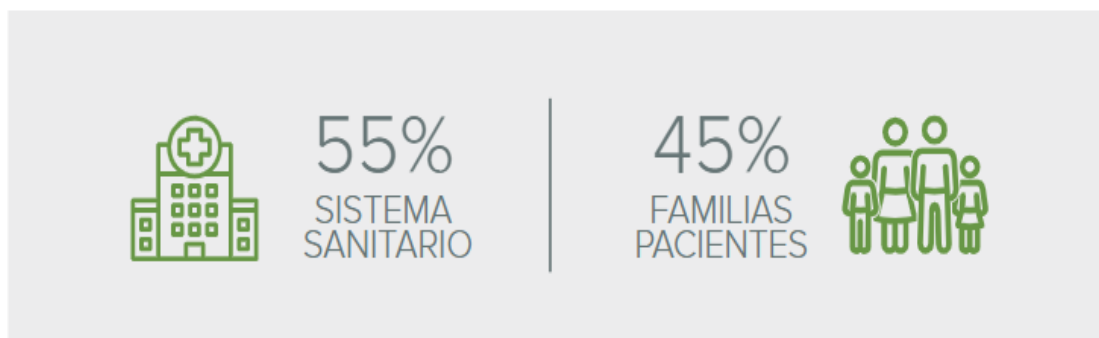


Figura 31: Distribución estimada de los costes del cáncer por quien asume los gastos.

Fuente: AECC, 2021.

Para la presente investigación reseñamos como importante los costes directos no médicos no relacionados directamente con el SNS: cuidado de paciente, salud, alimentación, vivienda, transporte, comunicaciones, fármacos, material ortopédico, terapias adicionales, rehabilitación, que suponen gastos en el paciente y que, en suma, dependen de la capacidad del pago del propio enfermo y de la familia (162,163).

#### 2.10.2 Impacto económico de la enfermedad de cáncer.

La enfermedad de cáncer, crónica por lo general, larga en su duración y debilitante, genera situaciones de costes adicionales relacionados no sólo con la situación de discapacidad/dependencia que vive el paciente en su proceso de la enfermedad sino también costes adicionales para recibir tratamiento, consultas, fármacos, dietas, etc.

La llegada de la enfermedad trae consigo disminución de ingresos, aumento de gastos, falta de ingresos para hacer frente a gastos diarios que afectan a la enfermedad, y situaciones de vulnerabilidad económica (164), y en muchos de los casos el propio diagnóstico oncológico es un agravamiento de la situación socioeconómica que a priori vive el núcleo familiar.



Tenemos que partir del hecho de que no todos los pacientes y no todas las familias asumen el diagnóstico y el proceso de la enfermedad de la misma forma; un diagnóstico de cáncer afecta a todas las áreas de la vida del paciente y de la familia y no todas las personas afrontan un diagnóstico de cáncer en las mismas condiciones (164).

Las partidas de costes adicionales en paciente y familia en el tratamiento oncológico generan impacto económico; en función de la situación socioeconómica de la unidad familiar pueden generar un mayor o menor impacto en el proceso evolutivo de la enfermedad.

En palabras de Fernández, no es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia con escasos recursos económicos a que ocurra en una familia que tenga estabilidad financiera; la familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. (134)

El impacto económico puede ser en algunas circunstancias tan agravante que el paciente y la familia deciden suspender el tratamiento por no poder asumir los costes; Sharrcocks respalda en su estudio esta afirmación cuando habla del impacto del nivel socioeconómico de las familias en el acceso a ensayos clínicos y los inconvenientes del gran coste de asumir viajes, alojamientos, pruebas en comparación con las terapias de atención estándar que entran dentro de SNS (134,165).

Este impacto es sólo un ejemplo de un coste sobrevenido que no se produce de forma aislada en ensayos clínicos, sino que se produce en demás tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, etc.) cuando los pacientes tienen que desplazarse en la misma provincia, provincias diferentes o incluso desde otro país.

Los **costes directos no médicos unido a la situación socioeconómica del paciente** y de la familia (pérdida de ingresos, pérdida de empleo,

imposibilidad para realizar trabajos que impliquen sobre esfuerzo, incapacidad laboral, etc.) produce lo que la oncología moderna llama, “**toxicidad financiera**” (76)

La AECC nos pone en contexto social en su informe elaborado en 2018 (76) observando como a la vulnerabilidad del contexto se suman agravantes con el diagnóstico y el proceso del tratamiento:

-Actualmente, el 27.9% de la población se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social.

-El 38,1% de la población no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos y el 15,3% declara mucha dificultad para llegar a fin de mes.

-El 16,2% de la población se encuentra en situación de desempleo y la cifra de hogares españoles que tienen a todos sus miembros en activos en paro ha crecido en el primer trimestre de 2018, hasta un total de 1.210.500 personas.

-El 10% de los hogares excluidos ha dejado de comprar medicamentos o de seguir su tratamiento por no poder pagarlo.

-Entre el 12% y el 15% de los hogares españoles no puede comer carne ni pescado, alimentación esencial durante los tratamientos quimioterápicos.

-Un 4,3% de los hogares excluidos manifiesta requerir atención médica y no acudir al médico por no poder costear el vasto de traslado.

-La tasa de pobreza de las personas desempleadas en España es del 49,4% 10 puntos más que hace diez años.

Los pacientes y las diferentes unidades familiares, en suma, tienen que mantener gastos derivados de posible hipoteca/alquiler de su hogar, gastos en

comunidad, gastos de luz/agua, gastos de alimentación de la familia, responsabilidad de menores, cuotas si son autónomos, mantenimiento de proveedores, etc., generando desequilibrio y dificultades importantes derivadas del desajuste de la economía de la familia.

## **2.11 Estrategias y políticas públicas en pacientes oncológicos.**

El *Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer* pretende conseguir un acceso igualitario de toda la población europea a las tecnologías modernas de detección y tratamiento; así como el apoyo de forma integral a pacientes y familias que pasan por una situación relacionada con el cáncer.

Tiene tres objetivos:

- Detectar la enfermedad de cáncer cuanto antes.
- Asegurar el acceso a los mejores diagnósticos y tratamientos.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los supervivientes de cáncer.

El valor añadido que pretende dar el plan se estructura a lo largo del proceso de atención en cáncer: prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento, calidad de vida de los pacientes con cáncer y los supervivientes (166)

Centrándonos en el tercer objetivo de “mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los supervivientes de cáncer” el plan habla de los retos que supone la cooperación entre sistemas de asistencia sanitaria y social dejándonos de centrar en “cuánto tiempo” viven los pacientes para centrarnos en “cómo y cuánto tiempo” viven respaldando la importancia de una vida larga, satisfactoria, libre de discriminación y obstáculos injustos (166).

Esta estrategia europea puesta en marcha en 2021 pone foco de atención en el paciente resaltando la importancia de considerarlo de una forma integral.

El *Plan Nacional de Salud de España* centra esfuerzos en abordaje del cáncer con prevención de estilos de vida, diagnóstico precoz, modelo de atención multidisciplinario y cooperativo de redes asistenciales entre profesionales y centros y enfoque específico en algunos tumores a través de centros de referencia o avances en medicina de precisión (167).

Centrándonos en el modelo de atención integral en oncología que refiere el plan, destacamos la importancia que adquiere para el mismo la implicación de los diferentes profesionales médicos especialistas, profesionales de enfermería, farmacia, psicología o trabajo social y la necesidad de tomar decisiones consensuadas en cada etapa asistencial (167).

Es importante resaltar la necesidad imperiosa de que cada profesional desempeñe su rol garantizando así la coordinación de diferentes recursos tanto sanitarios como sociales, ofreciendo respuesta a necesidades de información, sanitarias, de cuidados, psicológicas, familiares, laborales, relacionales, económicas, etc. surgidas durante el proceso de enfermedad motivando recursos existentes (167).

Vemos como este plan de una forma, más específica, refiere al tratamiento integral del paciente y consideración holística de necesidades.

La *Estrategia Regional de Atención al paciente Oncológico en Castilla y León*, comunidad autónoma donde se lleva a cabo esta investigación, tiene como objetivo general “Abordar de forma global y multidisciplinar las actuaciones preventivas, asistenciales y de mejora de la calidad de vida necesarias para alcanzar unos resultados en salud que disminuyan la incidencia y la morbimortalidad del cáncer en Castilla y León” (99).

Para conseguir dicho objetivo, los ejes y líneas estratégicas a trabajar son: prevención primaria y diagnóstico precoz, atención al cáncer en adultos,

atención al cáncer infantil y juvenil, participación ciudadana y humanización, y otras áreas de apoyo a investigación (99).

Las estrategias en los diferentes niveles Europa, España y Comunidad Autónoma nos hacen ver cómo nos encontramos en el comienzo de la consideración de las diferentes necesidades que tiene el paciente y la familia, saliendo de la dicotomía salud-enfermedad para adentrarnos poco a poco en la *consideración integral* del proceso de enfermedad del paciente.

Comenzamos a tener consideración de los diferentes determinantes que influyen en la salud y en la calidad de vida del paciente y con ello, la asistencia de los diferentes profesionales tanto de la parte biológica como de la parte psicosocial en el mantenimiento de la mejor calidad de vida en el futuro del paciente y familia.

## **2.12 Justificación de la investigación.**

Debido a los múltiples costes que tiene que asumir el paciente y la familia en el contexto de la enfermedad oncológica, hoy es más que necesario el interés por conocer los costes adicionales en el proceso de enfermedad y el estudio del impacto socioeconómico que produce.

El cáncer lleva implícito una carga socioeconómica para el paciente y para la familia, y, por ende, para la sociedad civil en su conjunto que además de sufrir cáncer tiene que afrontar diferentes gastos extraordinarios.

En este sentido, el concepto de ***toxicidad financiera*** surge en nuestra oncología moderna como un intento de referencia a las dificultades que puede encontrar una persona que lucha contra el cáncer no por motivos médicos, sino económicos (78,79)

Nuestro estudio se justifica ante la necesidad de considerar estos gastos adicionales que supone para el paciente y la familia el proceso de la enfermedad

que no quedan cubiertos por sistema nacional de salud ni organismos públicos y que supone un impacto socioeconómico en el paciente con cáncer.



VNiVERSIDAD  
DSALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



### ***3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.***

### **3.1 Hipótesis de trabajo y principales objetivos alcanzar**

La revisión bibliográfica realizada por esta investigación pone de manifiesto, por una parte, la escasez de estudios publicados hasta el momento sobre el tema, y por otra parte, la necesidad de considerar el impacto económico que produce el proceso de una enfermedad oncológica en las familias.

Durante el proceso oncológico parece habitual el coste adicional que suponen algunos cuidados en el entorno familiar referido a determinados materiales ortopédicos, farmacológicos, ó, incluso, a los gastos derivados del traslado a un hospital para recibir tratamiento, entre otros.

Estas consideraciones anteriores sugieren la necesidad de realizar un estudio sobre el posible impacto económico de una enfermedad oncológica en el núcleo familiar.

En base a todo lo anterior, formulamos las siguientes hipótesis.

#### **HIPÓTESIS**

H1: La enfermedad oncológica produce en muchos pacientes desde su diagnóstico y a lo largo del proceso de su enfermedad, necesidades físicas y psicosociales no financiadas por el sistema público de salud que pueden provocar un impacto económico y emocional en el núcleo familiar.

Para comprobar esta hipótesis se plantean los siguientes objetivos:

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar y analizar el coste adicional y el impacto socioeconómico que supone la enfermedad oncológica en los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer y sus familias.



## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analizar la influencia del tipo de cáncer, estadio y número de línea de tratamiento en los aspectos socioeconómicos de la enfermedad.
2. Identificar las variables principales que inciden en el aumento del gasto económico en el paciente y/o familiar.
3. Comprobar cómo afecta el cáncer a la cuantía de ingresos anuales del paciente y la familia.
4. Discriminar la importancia del acceso al sistema sanitario en función de la ubicación geográfica.
5. Describir, examinar y comprobar como influyen en el gasto económico del paciente y/o familiar la distinción por género y edad.
6. Evaluar la sobrecarga del cuidador principal y su posible influencia en términos socioeconómicos.
7. Comprobar y considerar la influencia de comorbilidades asociadas y situación de dependencia de pacientes en aspectos socioeconómicos.





VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***4. METODOLOGÍA.***

## **4.1 Diseño del estudio**

El estudio que vamos a realizar es un estudio epidemiológico de tipo *observacional transversal descriptivo aleatorio sin reposición* con prevalencia de la enfermedad de cáncer en la base de estudio.

## **4.2 Emplazamiento**

El emplazamiento es el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

## **4.3 Selección de la muestra**

La población del estudio son personas con diagnóstico anatomopatológico de cáncer que se encuentran ingresadas en el Servicio de Oncología Médica, que reciben tratamiento ambulatorio en Hospital de Día y Servicio de Oncología Radioterápica.

Teniendo la base de estudio definida, obtendremos un marco muestral de la misma mediante un muestreo aleatorio simple sin reposición; pretendemos de esta forma que todas las muestras tengan la misma probabilidad de pertenecer a la muestra, es decir, sean equiprobables y proporcionando homogeneidad en valores poblacionales (168).

La muestra seleccionada será debidamente informada y firmará el consentimiento informado de participación en el estudio.

## **4.4 Criterios**

### **4.4.1 Criterios de inclusión**

Serán incluidos en el estudio los pacientes que cumplan todos los criterios de inclusión que se definen a continuación:

- Tener un diagnóstico anatomopatológico de cáncer.

- Ser paciente oncológico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).
- Ser mayor de 18 años.
- Aceptar a participar voluntariamente en este estudio.

#### 4.4.2 Criterios de exclusión.

Serán excluidos del este estudio los pacientes que cumplan uno de los siguientes criterios de exclusión:

- No firmar el documento de consentimiento informado, aun habiendo aceptado a participar voluntariamente en el estudio.
- Haber sido ya evaluados para este estudio en un ingreso hospitalario o en una asistencia ambulatoria anterior.
- Presentar un estado cognitivo que no permita la comprensión del estudio; puntuación Mini Mental inferior a 24 sinónimo de un deterioro cognitivo leve.

#### 4.4.3 Criterios de retirada

Serán retirados del estudio después de su inclusión en el mismo, los pacientes que presenten uno de los siguientes criterios:

- Petición expresa de retirada de la familia de paciente, aunque hubiera cumplimentado el documento de consentimiento informado.
- No cumplimentar correctamente alguno de los instrumentos de evaluación requerido para este estudio.

#### 4.5 Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño muestral se tomarán de referencia:

- La población **total de personas diagnosticadas con enfermedad de cáncer en los últimos cinco años en España** es de 787.476 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

- La población **total de nuevos diagnósticos** con enfermedad de cáncer **en España** es de 275.562 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

- La población **total de personas diagnosticadas con enfermedad de cáncer en los últimos cinco años en Castilla y León** es de 49.725 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

- La población **total de nuevos diagnósticos** con enfermedad de cáncer **en Castilla y León** es de 17.592 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

- El **total de personas diagnosticadas** de enfermedad de cáncer en la **provincia de Salamanca** es de 7.043 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

- El **total de nuevos diagnósticos** de enfermedad de cáncer en la **provincia de Salamanca** es de 2.494 personas según datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer del año 2019 (75,76)

El tamaño de muestra ( $n = \dots$ ) lo obtenemos del resultado de la fórmula abajo descrita para estudios descriptivos de tipo cualitativo para población finita

$$n = \frac{N * Z_{\alpha^2} * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha^2} * p * q}$$

Figura 32. Fórmula para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud: cálculo de muestreo que resulte representativo para el estudio.

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México, 2005.

Los diferentes datos de la fórmula corresponden a los siguientes valores de los siguientes parámetros de la tabla que mostramos a continuación (Tabla 6).

Parámetro	Valor	Donde:	Investigación:
<b>N</b>	7043	Tamaño de la población	Número de personas con diagnóstico anatomopatológico de cáncer en Salamanca en 2019.
<b>Z</b>	1,960	Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC).	(Z – alfa): dependiente de N, con un nivel de confianza del 95%: 1,96%.
<b>P</b>	50,00%	Probabilidad de que ocurra evento estudiado (éxito).	
<b>Q</b>	50,00%	(1-P) Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.	
<b>e</b>	5,00%	Error de estimación máximo aceptado.	

Nivel de confianza	Z alfa
99,7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Tabla 6. Parámetros, valores y nivel de confianza de nuestra investigac.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

Los diferentes datos aplicados en la fórmula determinan que el resultado óptimo de nuestro estudio corresponde a un tamaño de muestra de 365 pacientes:

El tamaño de muestra “n” = **364,33**

#### 4.6 Fuentes y recogida de datos.

La muestra de pacientes procederá de la Unidad de Hospitalización de Oncología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca CAUSA.

La recogida de datos se va a realizar bajo una base de datos en Microsoft Access creada específicamente para este estudio.

El análisis estadístico se realizará a través de SPSS versión 22.0.

#### 4.7 Descripción de las variables

##### Variable a estudio

- Coste adicional que supone la enfermedad de cáncer al paciente oncológico y su familia que no queda cubierto por nuestro sistema autonómico de salud.



## **Variables intervinientes**

- Género.
- Edad.
- Diagnóstico.
- Estadio de la enfermedad.
- Línea de tratamiento de enfermedad.
- Nivel de dependencia.
- Comorbilidad.
- Accesibilidad a tratamiento/cambio de vivienda habitual.
- Situación socioeconómica de paciente y/o familia.
- Activo laboral; cuenta propia, cuenta ajena.
- Pensiones/prestaciones de Seguridad Social: Incapacidad, jubilación, prestaciones familiares, SOVI.
- Sobrecarga de cuidador principal.
- Calidad de vida relacionada con la salud en paciente oncológico (CVRS).

## **4.8 Instrumentos de evaluación y recogida de resultados**

Para poder evaluar las diferentes *variables* del estudio utilizaremos los siguientes instrumentos de evaluación y recogida de resultados:

- Cuestionario de auto cumplimentación creado específicamente para este estudio (ANEXO I)
- Índice de Barthel (ANEXO II)
- Escala de medida Lawton-Brody (ANEXO III)
- Test de sobrecarga de Zarit (ANEXO IV)
- Escala ECOG (ANEXO V)
- Cuestionario EuroQol-5D (ANEXO VI)

#### 4.8.1 Escala de medida: *Índice de Barthel*.

El Índice de Barthel es utilizado para medir los niveles de dependencia de los pacientes. Tiene en cuenta parámetros de movilidad además de las propias actividades de cuidado de la persona evaluada (111,112,115).

La escala está dividida en 10 ítems que corresponden a actividades de la vida diaria ABDVD incluyendo capacidad para bañarse, asearse, subir escaleras, deambular, desplazarse de la cama al sillón, usar el retrete, vestirse, alimentarse y continencia de esfínteres (111,112,115).

Los ítems se valoran en función de si la persona es dependiente para la actividad, parcialmente independiente o independiente puntuando con: 0, 5 y 10 respectivamente.

La suma de todos los valores obtenidos varía entre 0, que corresponde con ser totalmente dependiente y 100 con ser totalmente independiente (111,112,115).

El resultado que se puede obtener de sumatorio es:

- <20 de puntuación: Grado de dependencia Total.
- 20-35 de puntuación: Grado de dependencia Grave.
- 40-55 de puntuación: Grado de dependencia Moderado.
- > o igual de 60 de puntuación: Grado de dependencia Leve.
- 100 de puntuación: Independiente.

Para poder obtener la puntuación a cada ítem se pregunta al paciente, cuidador o por observación.

Utilizamos esta escala de medida para observar la dependencia del paciente debido a la objetividad de los resultados y la sencillez en la recogida de cada uno de sus ítems.

#### 4.8.2 Escala de medida: *Lawton y Brody*.

La escala de medida Lawton y Brody es utilizado para medir a las personas en su adaptación a su entorno y mantener la independencia con su comunidad (113,114,115).

Tiene en cuenta parámetros de capacidad de desarrollo de tareas que implican instrumentos y actividades sociales, es decir, parámetros para medir capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIDVD).

La escala está dividida en 8 ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero y responsabilidad para la toma de medicamentos (113,114,115).

Los ítems se valoran en función de si la persona realiza la tarea, no si declara poder hacerla.

La puntuación puede ir desde la máxima puntuación de dependencia (0 puntos) a la independencia total (8 puntos):

- 0-1 puntos: Dependencia total.
- 2-3 puntos: Dependencia severa.
- 4-5 puntos: Dependencia moderada.
- 6-7 puntos: Dependencia ligera.
- 8 puntos: Independencia.

Utilizamos esta escala como complemento de la anterior para poder ver la adaptación en el contexto del paciente oncológico y la capacidad o no de éste para mantenerse con cierta autonomía en el contexto de su entorno comunitario.

#### 4.8.3 Escala de medida: *Test de sobrecarga del cuidador principal ZARIT.*

El test de sobrecarga ZARIT es utilizado para evaluar la sobrecarga familiar con respecto al cuidado de la persona enferma (115).

Tiene en cuenta 22 ítems diferentes valorados cada uno de ellos en un rango de «0» correspondiente con “nunca” a «4» correspondiente con “casi siempre” (115).

La puntuación máxima del sumatorio de cada uno de los ítems es de 88 puntos siendo «no sobrecarga» cuando la puntuación de la suma de los ítems es inferior a 46, «sobrecarga leve» cuando la puntuación de la suma total es entre 47-55 puntos o de «sobrecarga intensa» cuando la puntuación de los ítems total es superior a 56 (115).

No existen más normas ni puntos de corte.

Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 y fiabilidad test-retest con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,86 entre las dos medias (115).

El motivo por el que se elige esta escala de medida es por la fiabilidad y validez que presenta y por la evaluación que se realiza a través del test al cuidador principal del paciente oncológico pudiendo obtener información de la parte emocional del momento presente y semanas anteriores próximas

#### 4.8.4 Escala de medida: *Escala ECOG*.

La escala ECOG es utilizada para medir la calidad de vida del paciente oncológico (115).

Tiene en cuenta la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria y en relación con el mantenimiento propio de su autonomía (115).

Trata de buscar la parte objetiva de valoración de la consideración de la calidad de vida del paciente.

La escala ECOG se divide de 0 a 5 teniendo en cuenta funcionalidad del paciente, capacidad para realizar actividades de autocuidado, presencia de síntomas o tiempo de permanencia en la cama (115).

La codificación de la escala se realiza de la siguiente manera:

- Ecog 0: el paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

- Ecog 1: el paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

- Ecog 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.

- Ecog 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo vestirse.

- Ecog 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.

- Ecog 5: Fallecido.

La validez y fiabilidad es alta; coeficiente de correlación de Kendall 0,75 con alta correlación entre esta escala y el Índice de Karnofsky. Los valores del coeficiente de correlación de Spearman obtenidos fueron del 0,85 ( $p < 0,0001$ ) y del 0,87 ( $p < 0,0001$ ) en diferentes estudios (115).

Utilizamos esta escala y no otra por la objetividad de la consideración de la calidad de vida del paciente con cáncer.

#### 4.8.5 Escala de medida: *Cuestionario EUROQOL-5D*.

El cuestionario EUROQOL-5D es utilizado para valorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud, en concreto en nuestro estudio, para valorar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud con un cáncer (200).

El propio paciente valora su estado de salud, primero con diferentes niveles de gravedad bajo un sistema descriptivo y luego con una escala visual analógica (EVA) (200.)

Tiene en cuenta cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Cada una de las dimensiones tiene tres niveles de gravedad: sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves.

La combinación de los diferentes valores de todas las dimensiones genera 243 combinaciones de estados de salud posibles; el uso de la EVA proporciona puntuación complementaria.

Utilizamos dicha escala por su sencillez, tiempo para administrarlo y por la capacidad para medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales sin pérdida de número de respuestas o equivocadas.

#### 4.8.6. Cuestionario de auto-cumplimentación creado para el estudio.

El cuestionario de auto cumplimentación creado para el estudio tiene como objetivo obtener información relevante sobre el coste adicional que produce la enfermedad oncológica en pacientes y familiares, y tiene las siguientes dimensiones:

- Datos de identificación del paciente.
- Datos de identificación del cuidador principal del paciente.
- Datos de salud del paciente.
- Datos relacionados con COVID-19.
- Morbilidades asociadas.
- Situación laboral y situación económica del paciente y familia.

Las dimensiones tienen a su vez diferentes *ítems* y *sub-ítems* que han sido valorados y evaluados de forma objetiva previamente para poder obtener la mayor información objetiva de los participantes que forman parte del estudio.

El cuestionario es el punto de inicio en la recogida de información de la muestra, pasando posteriormente las diferentes escalas.

El cuestionario no tendrá una duración máxima de 15 minutos y las escalas de medida no tendrán una duración máxima de 10 minutos.

#### 4.8.7 Evaluación de variables.

Para evaluar la variable interviniente, “Situación socioeconómica de paciente y/o familia”, la *variable a estudio* “Coste adicional de la enfermedad de cáncer al paciente oncológico y familia”, utilizamos:

- Cuestionario de auto-cumplimentación creado específicamente para este estudio (ANEXO I)

Para evaluar las variables intervinientes, “Género”, “Edad”, “Diagnóstico”, “Estadio de la enfermedad”, “Línea de tratamiento de enfermedad”, “Activo laboral; cuenta propia, cuenta ajena”, Pensiones/prestaciones Seguridad Social”, “Comorbilidad”, y “Accesibilidad a tratamiento/cambio de vivienda”, también utilizamos:

- Cuestionario de auto-cumplimentación creado específicamente para este estudio (ANEXO I)

Para evaluar las variables intervinientes, “Nivel de dependencia”, “Sobrecarga del cuidador principal” y “Calidad de vida relacionada con la salud en paciente oncológico (CVRS)” utilizamos:

- Índice de Barthel (ANEXO II)
- Escala de medida Lawton-Brody (ANEXO III)
- Test de sobrecarga de Zarit (ANEXO IV)
- Escala ECOG (ANEXO V)
- Cuestionario EuroQol-5D (ANEXO VI)

#### **4.9 Procedimiento**

Los instrumentos de recogida de datos no tendrán una secuencia temporal, se realizarán en un único momento al paciente y por una única ocasión en un periodo de tiempo que permita obtener los datos.

Los pacientes y cuidadores principales serán informados de la existencia de la presente investigación, así como del objetivo y voluntariedad de su



participación en el mismo; dicho esto, firmarán el consentimiento informado autorizando su participación libre en el estudio.

El investigador principal entregará el cuestionario auto-cumplimentación creado específicamente para este estudio a los pacientes para que lo cumplimenten; ulteriormente procederá a la retirada de este pasando el propio investigador las diferentes escalas de medida a los pacientes y familiares para recoger resultados.

La intervención la realizamos en el emplazamiento definido a los pacientes que cumplen los requisitos de inclusión y exclusión determinados y bajo el consentimiento informado de los pacientes que quieran formar parte de la investigación firmado.

La intervención conlleva diferentes fases en la que realizar la evaluación y recogida de datos:

#### **I. Nuevo ingreso del paciente en el Servicio de Oncología Médica.**

- Analizar la adecuación del *paciente de nuevo ingresado* en función de los requisitos de inclusión y exclusión de nuestra investigación.

- Presentar para aquellos pacientes que cumplen el anterior apartado, la investigación y su objetivo principal.

- Entregar Consentimiento Informado a paciente para la firma si autoriza su participación en el estudio y Cuestionario de auto cumplimentación dejando tiempo para rellenarlo.

#### **II. Paciente ingresado cuando comenzamos estudio en el Servicio de Oncología Médica.**

- Analizar la adecuación del *paciente que se encuentra ingresado* en función de los requisitos de inclusión y exclusión de nuestra investigación.

- Presentar para aquellos pacientes que cumplen el anterior apartado, la investigación y su objetivo principal.

- Entregar Consentimiento Informado a paciente para la firma si autoriza su participación en el estudio y Cuestionario de auto cumplimentación dejando tiempo para rellenarlo.

### **III. Tratamiento de paciente en Hospital de día y/o tratamiento de paciente en radioterapia.**

- Analizar la adecuación del paciente en tratamiento en función de los requisitos de inclusión y exclusión de nuestra investigación.

- Presentar para aquellos pacientes que cumplen el anterior apartado, la investigación y su objetivo principal.

- Entregar Consentimiento Informado a paciente para la firma si autoriza su participación en el estudio y Cuestionario de auto cumplimentación dejando tiempo para rellenarlo.

### **IV. Paciente de nuevo ingreso, paciente ingresado y/o paciente en tratamiento que participa en el estudio en el Servicio de Oncología Médica.**

- Investigador recoge Consentimiento Informado y Cuestionario para recoger información.

- Investigador informa y pasa las escalas de medida al paciente (Barthel, Lawton–Brody, Zarit, ECOG y EuroQol-5D).

#### **4.10 Aspectos éticos del proyecto**

***El Comité de Bioética CBE de la Universidad de Salamanca, en reunión ordinaria celebrada el día 3 de febrero de 2021 ha acordado***

***informar favorablemente del proyecto de investigación con nº de registro 507 cumpliendo los requisitos éticos requeridos para su ejecución.***





VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.***

El objetivo principal del estudio es identificar y analizar el coste adicional y el impacto socioeconómico que supone la enfermedad oncológica en los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer y sus familias analizando la influencia del diagnóstico, estadio, número de tratamiento, género, edad, residencia, comorbilidades asociadas, niveles de dependencia, sobrecarga del cuidador principal, situación laboral y prestaciones que percibe.

### **5.1 Análisis estadístico de los datos**

El análisis estadístico del estudio ha supuesto la recopilación de datos de la muestra seleccionada a través de cuestionario y escalas de medida procesando los datos aplicando criterios de exclusión del estudio cuando han sido necesarios.

Hemos recurrido al análisis descriptivo teniendo en cuenta máximos y mínimos obtenidos de cada una de las variables cuantitativas, así como teniendo en cuenta la presencia de posibles valores alejados en los diagramas de caja.

La determinación de los valores alejados y su consideración o no como parte del estudio se ha hecho a través del diagrama de caja o boxplot teniendo en cuenta la distancia  $F$ . Spread y clasificando los valores alejados en tres tipos: valores adyacentes, valores alejados cercanos y valores alejados lejanos.

Los valores alejados lejanos han sido los que se han determinado sacar del estudio en las variables para evitar distorsión manteniendo valores alejados cercanos y valores adyacentes por una situación ecológica de participación de pacientes en el estudio.

### **5.2 Estadística descriptiva**

La estadística descriptiva nos permite organizar los diferentes datos obtenidos para que puedan resultar claros y coherentes proporcionando así evidencia suficiente para apoyar las hipótesis previas planteadas.

Teniendo la matriz de datos definida hemos realizado un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de nuestra muestra y de las puntuaciones que hemos obtenido a través de las herramientas del estudio.

Las variables del estudio serán analizadas por el estadístico de *Shapiro-Wilk* para conocer la normalidad de la muestra determinando la vía a seguir: vía paramétrica (variables normales) o vía no paramétrica (variables no normales u ordinales).

En todos los casos describimos las variables con los estadísticos correspondientes:

- Las variables que sigan una *distribución normal* serán definidos por estadísticos de media y desviación típica siguiendo la vía paramétrica.

- Las variables que sigan una *distribución no normal* se utilizará la mediana y la amplitud intercuartil como medida de centralización siguiendo la vía no paramétrica.

- Las categóricas o cualitativas serán definidas por frecuencias y porcentajes.

### **5.3 Estadística analítica**

Las variables de estudio fueron analizadas por el estadístico de *Shapiro-Wilk* para conocer si seguían una *distribución normal* en cada caso y circunstancia determinando de esta manera el camino a seguir en adelante: vía paramétrica (variables normales) o vía no paramétrica (variables no normales u ordinales).

La consideración estadística de las variables en función de su distribución ha sido: media y desviación estándar ( $m$  y  $s$ ) si tenemos variables normales, y mediana y amplitud intercuartil ( $M$  e  $IQR$ ) si tenemos variables no normales.

La prueba de normalidad del estadístico mencionado orientó la mayor parte de los cálculos de variables de la muestra por vía *no paramétrica* ( $p < 0,05$ ) partiendo del hecho de que se realiza comparación o correlación de dos variables exceptuando cuando las dos variables sean normales.

Previo a la comparación entre las diferentes medias de las diferentes variables realizamos un estudio coherente para cerciorarnos de que todas las condiciones iniciales de las variables son semejantes evitando ventajas, desventajas o desniveles entre variables.

Algunas variables han sido recodificadas siempre y cuando el número "N" de la variable a estudio fuera muy pequeño y tuviera capacidad coherente para recodificar en otro grupo de la misma variable.

Hemos utilizado la *Prueba U de Mann-Whitney* (para comparación de dos medias) o la *Prueba de Kruskal-Wallis* (para comparación de tres o más medias) habiendo igualdad de condiciones iniciales cuando  $p > 0,05$ .

La comparación de dos medias se resolverá en cada caso teniendo en cuenta:

- En la vía paramétrica: con el estadístico T-Student (tanto en medias repetidas como en grupos independientes).

- En la vía no paramétrica con el estadístico *U de Mann-Whitney* (grupos independientes) o la *Prueba T de Wilcoxon* (medidas repetidas).

Las comparaciones de tres o más medias se analizarán:

- En la vía no paramétrica con el estadístico *H de Kruskal-Wallis – ANOVA*, no paramétrico-, en situación de grupos independientes.

- En la vía no paramétrica con la prueba *Q de Friedman*, en situación de medidas repetidas.



Los resultados obtenidos se han expresado con el valor del estadígrafo con los valores  $p$  y aquellos datos que resultan más interesantes para la interpretación del resultado.

Las estadísticas de contraste han sido incluidas en su mayoría en el análisis para no perder veracidad en el proceso estadístico pudiendo sustraer también información en la posterior discusión independiente del resultado de prueba de normalidad ( $p < 0,005$  o  $p > 0,005$ ).





VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## **6. RESULTADOS**

## **6.1 Datos sociodemográficos.**

La población de estudio son personas con diagnóstico anatomopatológico de cáncer que se encuentran ingresados en el Servicio de Oncología Médica, que reciben tratamiento ambulatorio en Hospital de Día y/o Servicio de Oncología Radioterápica en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

La muestra se ha obtenido de forma retrospectiva sin reposición pudiendo pertenecer al estudio cualquier paciente cumpliendo criterios de inclusión siendo equiprobables y proporcionando homogeneidad en valores poblacionales.

La muestra, cumpliendo con ambos criterios de inclusión y exclusión, ha sido debidamente informada y firmado el consentimiento de participación.

El número de pacientes que han participado son 365 pacientes con diagnóstico oncológico.

## **6.2 Estadística descriptiva.**

Las variables obtenidas fueron analizadas por el estadístico de Shapiro-Wilk para conocer si seguían una distribución normal, en cada caso y circunstancia, determinando de esta manera el camino a seguir.

Sí variable sigue distribución normal seguimos vía paramétrica; si variable no normal u ordinal, seguimos vía no paramétrica.

En todos se describieron las variables con los estadísticos correspondientes: media y desviación estándar ( $m$  y  $s$ ), para las variables normales, y mediana y amplitud intercuartil ( $M$  e  $IQR$ ) en el caso de las no normales.

La verificación del supuesto de normalidad como comentamos anteriormente según la prueba del estadístico de Shapiro-Wilk orientó la mayor parte de los cálculos por vía no paramétrica ( $p < 0,05$ ).

## 6.2.1 Variables intervinientes

### 6.2.1.1 EDAD.

La edad media del total de la muestra estudiada de participantes fue de 61,62 años ( $\pm 13,012$ ) (Tabla 7).

La curva de la figura nos muestra asimetría de este ítem; los pacientes menores de 40 años se encuentran distribuidos en diferentes franjas de edad a medida que descendemos mientras que a partir de 90 años, la curva no es distribuida (Figura 33)

El diagrama de caja o boxplot nos deja tres participantes correspondientes a valores adyacentes, incluidos en el estudio como comentábamos anteriormente (Figura 34).

		<b>Estadístico</b>
<b>Edad</b>	Media	61,62
	Mediana	62,00
	Desv. típ.	13,012
	Mínimo	18
	Máximo	95
	Rango	77
	Amplitud intercuartil	19

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de participante”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022

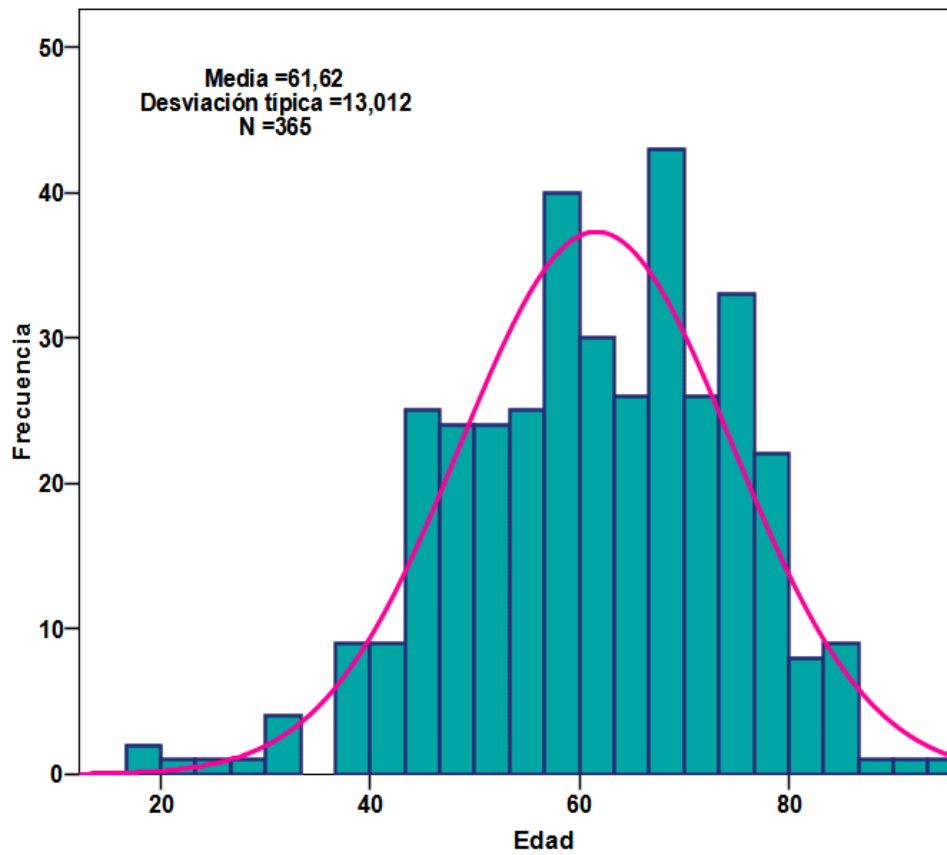


Figura 33. Representación gráfica de la variable “Edad de participante” en la muestra total.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

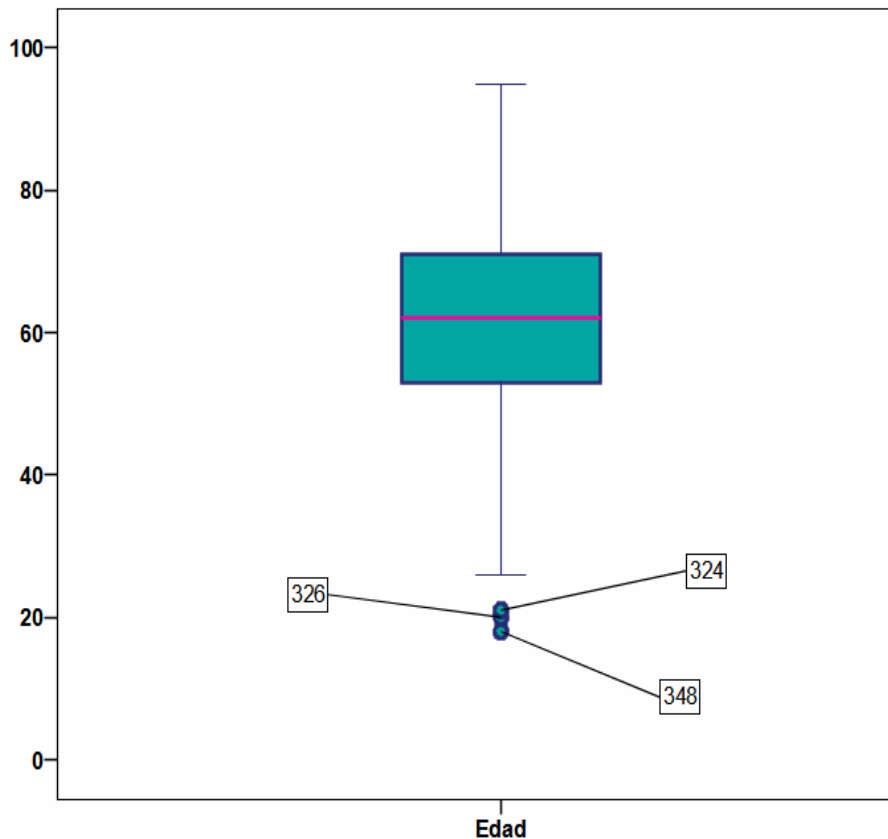


Figura 34. Representación gráfica de la variable “Edad” en la muestra total en Diagrama de Caja.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.2 GÉNERO.

El género de participantes del estudio se ha encontrado repartido de la siguiente forma: 177 hombres (48,5%) y 188 mujeres (51,5%).

Observamos como no hay ningún tipo de predominio por género encontrándonos en un estudio proporcionado entre hombres y mujeres.

La distribución de las frecuencias la podemos observar en la tabla 8 y la representación gráfica en la Figura 35.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hombre	177	48,5	48,5	48,5
	Mujer	188	51,5	51,5	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 8. Distribución de frecuencias de la Variable “Género de los participantes”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022

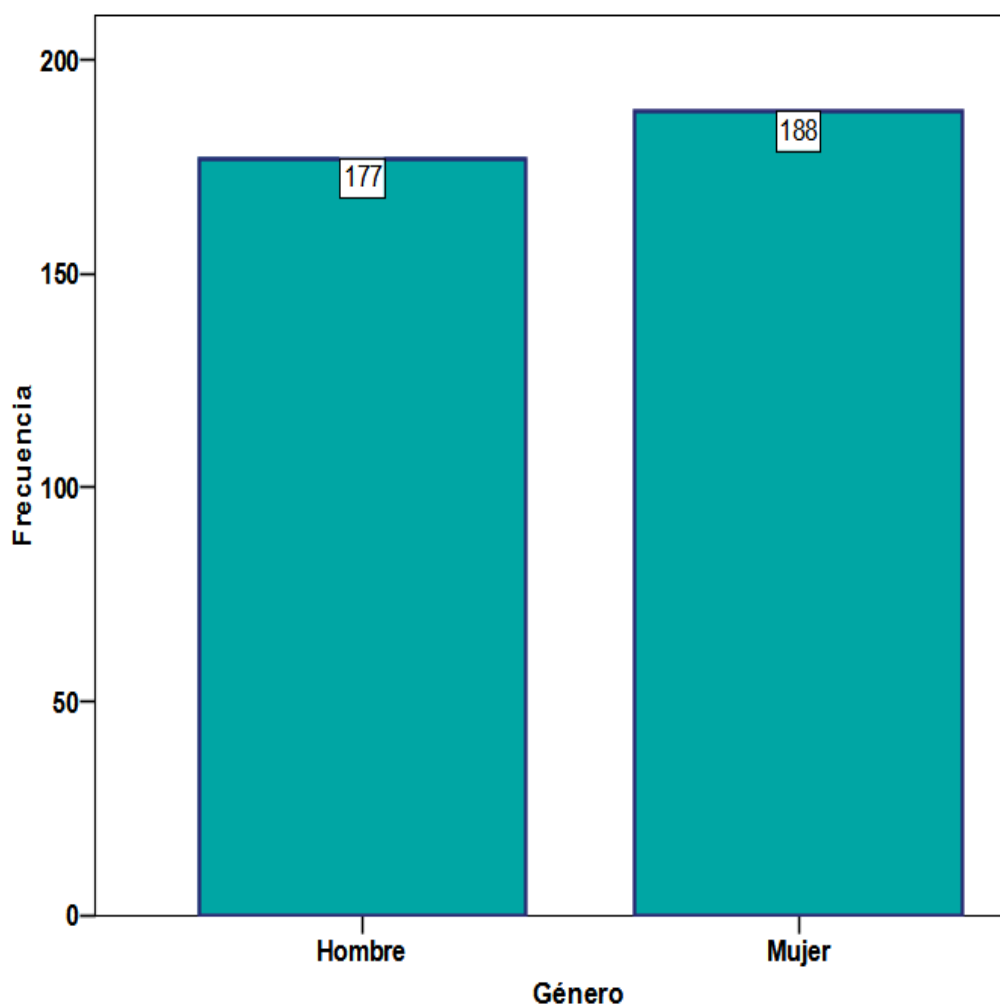


Figura 35. Representación gráfica de la variable “Género de los participantes” en la muestra total.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



### 6.2.1.3 ESTADO CIVIL DEL PACIENTE.

Respecto al estado civil de los participantes del total de la muestra: 53 participantes solteros (14,5%), 233 participantes casados (63,8%), 40 participantes separados y divorciados (11%) y 39 viudos (10,7%) (Tabla 9) (Figura 36)

Observamos a través de la frecuencia y el porcentaje dado como en relación con el total de la muestra los participantes del estudio se encuentran mayoritariamente casados.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	Soltero	53	14,5	14,5	14,5
	Casado	233	63,8	63,8	78,4
	Separado y divorciado	40	11,0	11,0	89,3
	Viudo	39	10,7	10,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la variable “Estado civil del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022

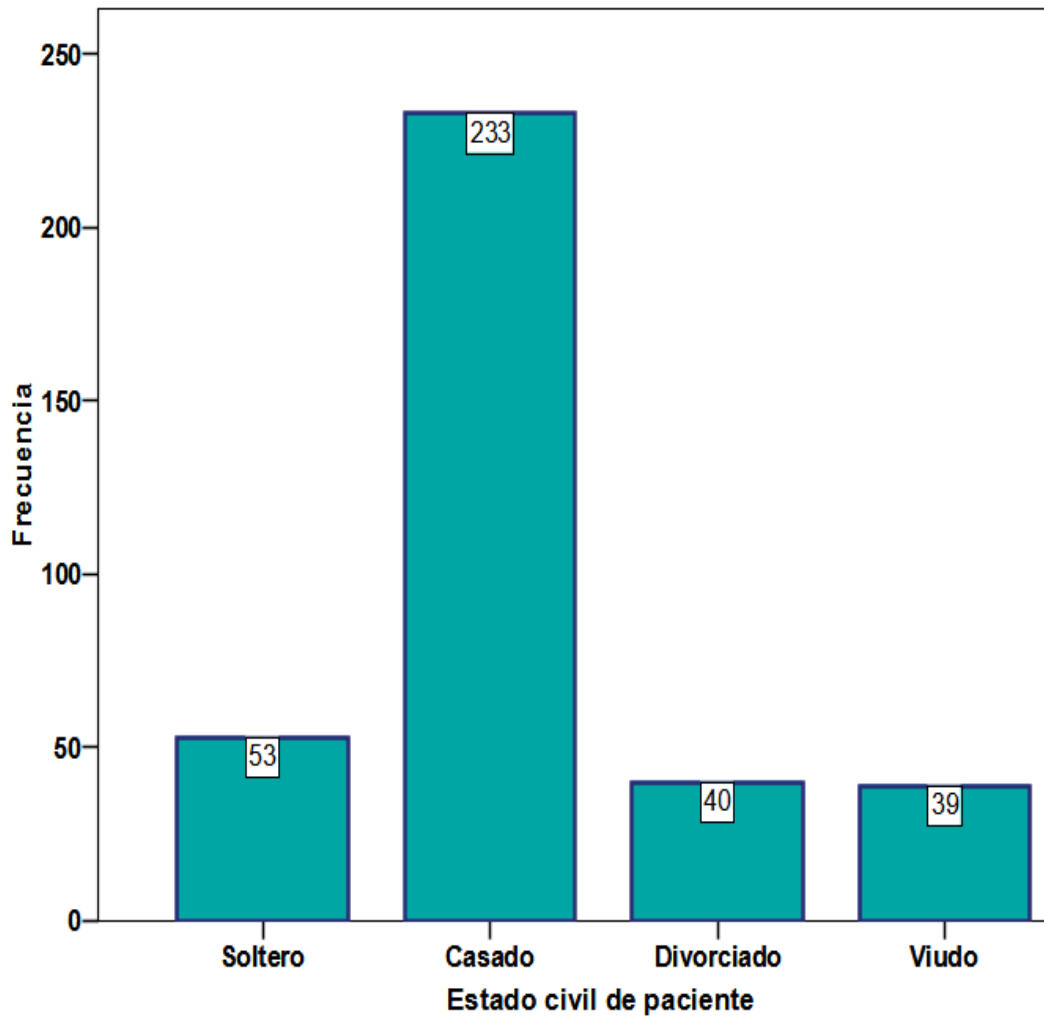


Figura 36. Representación gráfica de la variable “Estado civil del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.4 NIVEL DE ESTUDIOS.

Los participantes han mostrado una frecuencia de 194 personas sin ningún tipo de estudio (53,2%), seguido de 94 personas con estudios secundarios correspondientes a Bachillerato y/o FP Medio (25,8%) y seguido de 77 personas que tienen estudios superiores correspondientes a Universidad y FPSuperior (21,1%) (Tabla 10) (Figura 37).

A medida que avanzamos en nivel de estudios, menor es la frecuencia; inclusive vemos como la suma de la frecuencia de participantes con estudios

medios y la frecuencia de participantes con estudios superiores es menor que el total de la frecuencia de participantes sin estudios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Sin estudios/estudios primarios	194	53,2	53,2	53,2
	Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	94	25,8	25,8	78,9
	Estudios superiores (Universitarios/FP Superior)	77	21,1	21,1	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la variable “Nivel de estudios”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

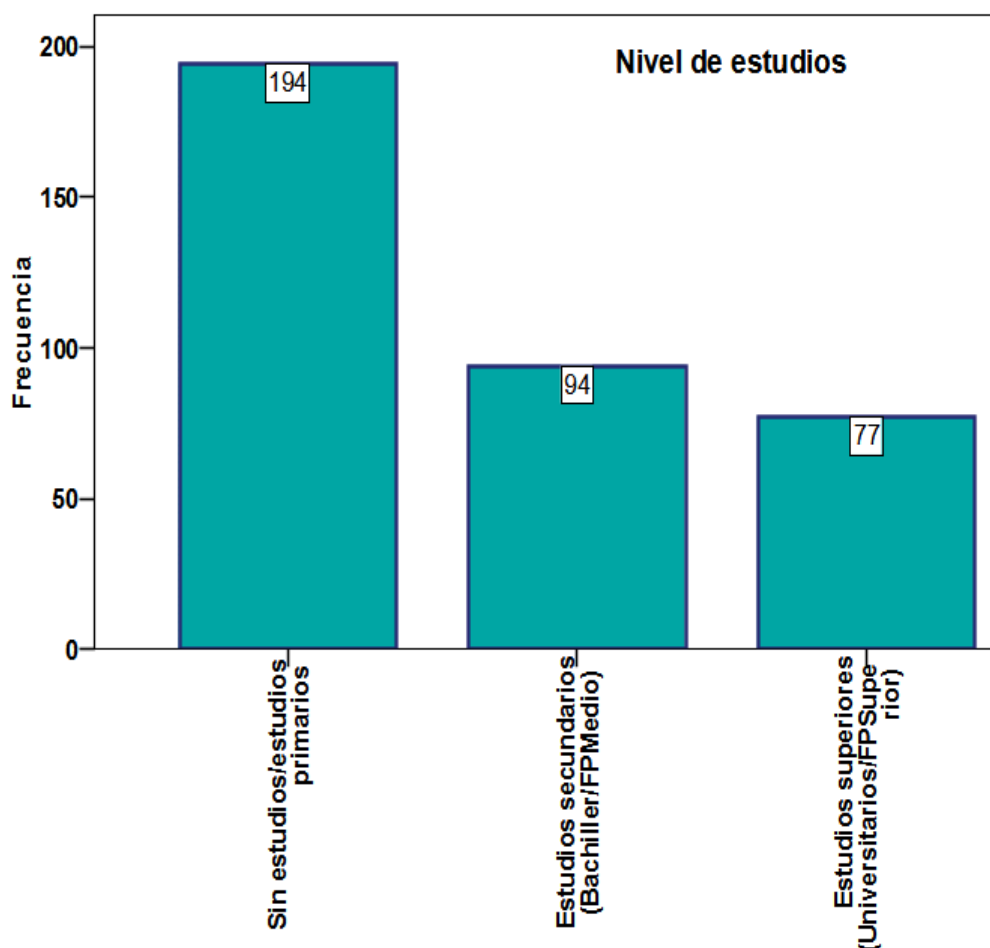


Figura 37. Representación gráfica de la variable “Nivel de estudios”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.2.1.5 PROFESIÓN DEL PACIENTE.

En cuanto a la profesión de los participantes, 37 personas se encontraban activas laborales por cuenta propia (10,1%), 133 personas activas laborales por cuenta ajena (36,4%), 53 personas no activo laboral (14,5%) y 142 personas en “otro” (Tabla 11) (Gráfica 40).

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	Activo laboral por cuenta propia	37	10,1	10,1	10,1
	Activo laboral por cuenta ajena	133	36,4	36,4	46,6
	No activo laboral	53	14,5	14,5	61,1
	Otro	142	38,9	38,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la variable “Profesión del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

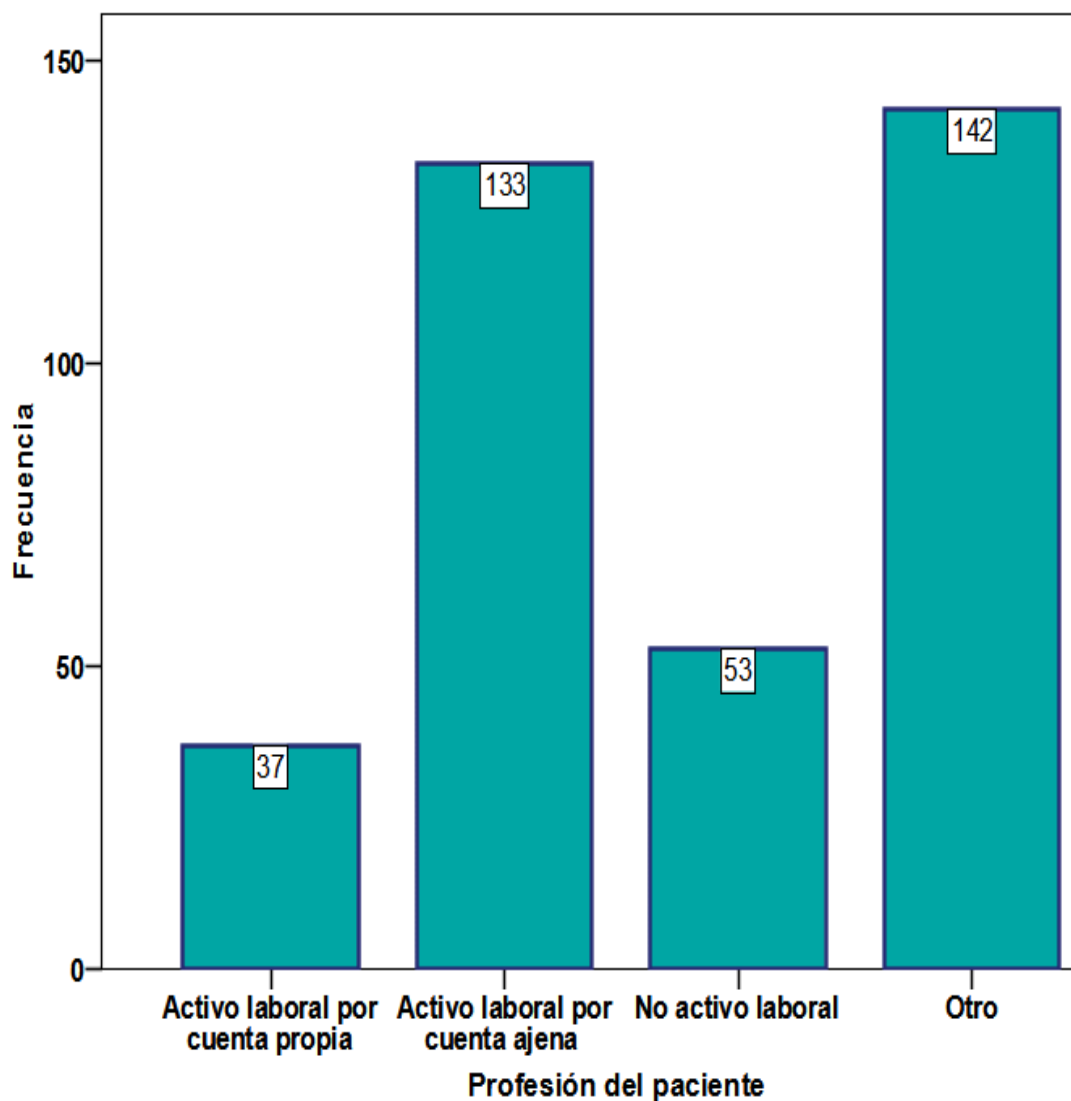


Figura 38. Representación gráfica de la variable “Profesión del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.6 LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE.

La residencia de los participantes ha sido: 202 participantes que viven en zona urbana (55,3%) y 163 participantes que viven en zona rural (44,7%) (Tabla 12) (Figura 39).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Urbano	202	55,3	55,3	55,3
	Rural	163	44,7	44,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la variable “Lugar de residencia de paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

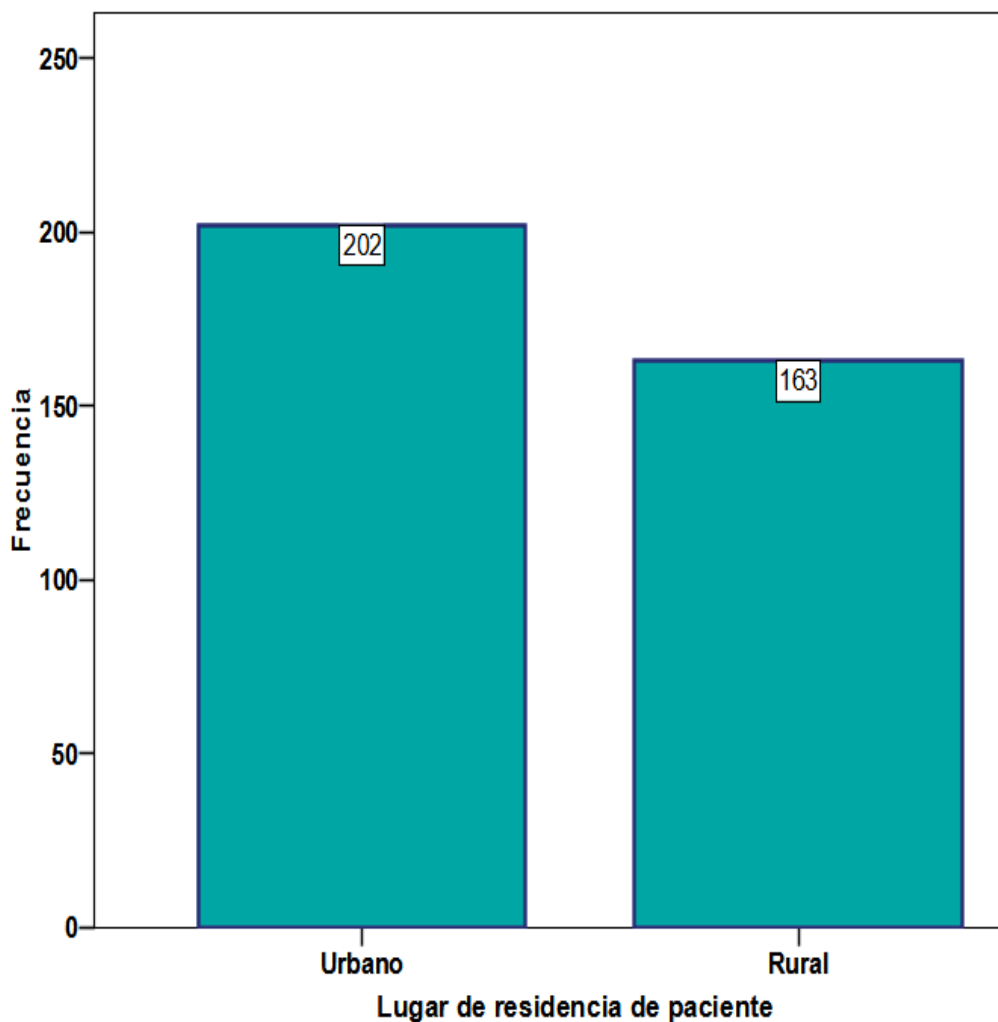


Figura 39. Representación gráfica de la variable “Lugar de residencia del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.2.1.7 SITUACIÓN LABORAL ACTUAL PACIENTE.

De la totalidad de 361 participantes contando con cuatro participantes perdidos obtenemos: 31 participantes en activo laboral (8,6%), 42 participantes en situación de paro o desempleo (11,6%), 124 participantes con incapacidad laboral (34,3%), 149 en situación de jubilación (41,0%), 2 participantes en jornada laboral reducida (0,6%), 3 estudiantes (0,8%) y 11 en una situación diferente, “Otro” (3%) (Tabla 13) (Figura 40).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Activo laboral	31	8,5	8,6	8,6
	En paro/en desempleo	42	11,5	11,6	20,2
	Jornada reducida	2	,5	,6	20,8
	Estudiante	3	,8	,8	21,6
	Incapacidad	124	34,0	34,3	56,0
	Jubilación	148	40,5	41,0	97,0
	Otro	11	3,0	3,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>98,9</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	4	1,1		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la variable “Situación laboral actual”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

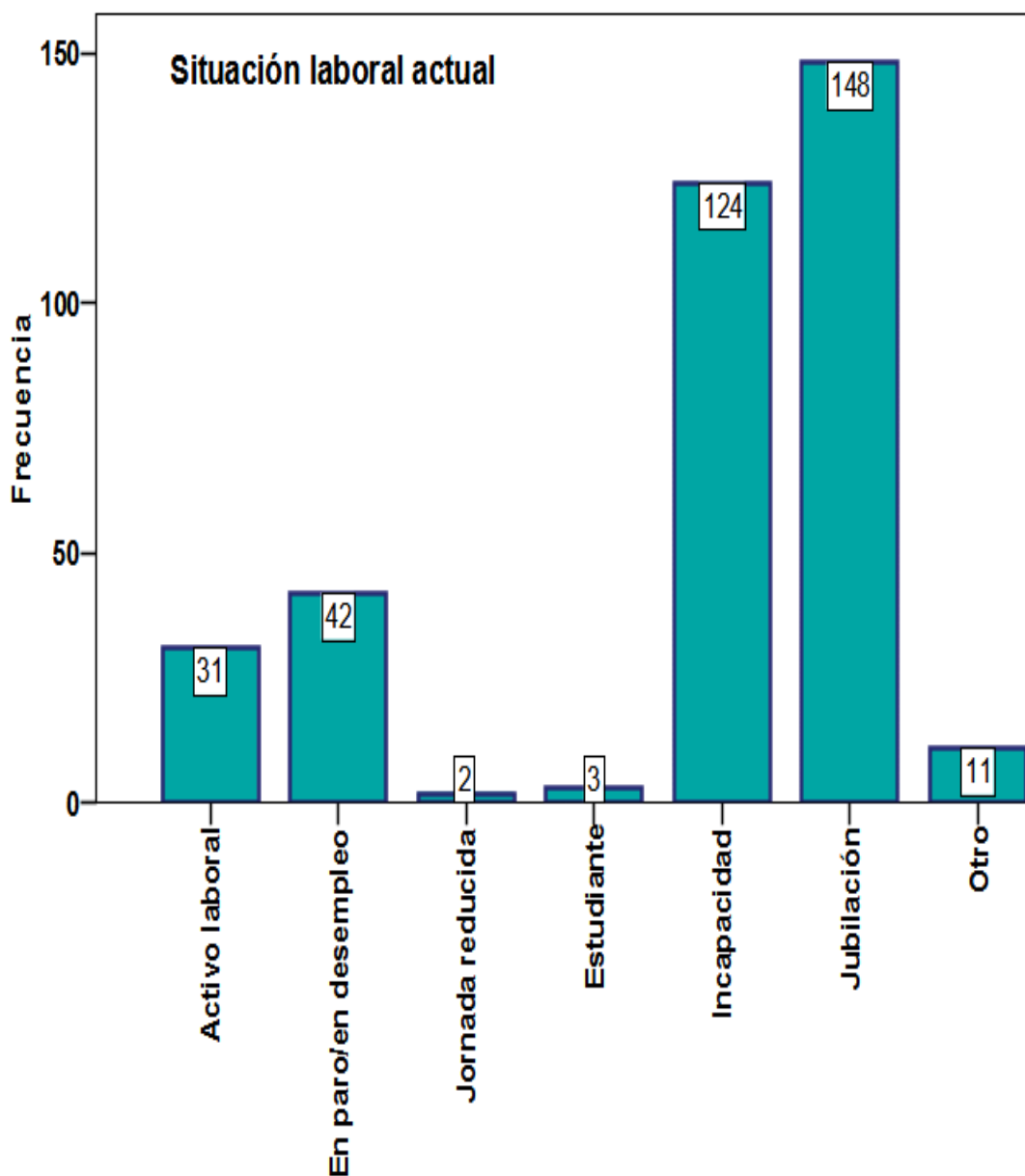


Figura 40. Representación gráfica de la variable “Situación laboral actual”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.8 TIPO DE INCAPACIDAD LABORAL.

Teniendo en cuenta los datos de incapacidad anteriores de la situación laboral que muestra el paciente obtenemos 123 participantes (33,7%) de los tipos de incapacidad siguientes: 79 personas en situación de incapacidad temporal (64,2%), 6 personas en situación de incapacidad parcial (4,9%), 15 personas en situación de incapacidad total (12,2%), 21 en personas en situación de



incapacidad absoluta (17,1%) y 2 en situación de Gran Invalidez (1,6%) (Tabla 14) (Figura 41)

Observamos el predominio de la Incapacidad Temporal por encima de todas las demás, inclusive el sumatorio de las demás incapacidades sería inferior a la frecuencia y porcentaje total de la Incapacidad Temporal total.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	Temporal	79	21,6	64,2	64,2
	Parcial	6	1,6	4,9	69,1
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>4,1</b>	<b>12,2</b>	<b>81,3</b>
	Absoluta	21	5,8	17,1	98,4
	Gran Invalidez	2	,5	1,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>33,7</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	242	66,3		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la variable “Tipo de incapacidad laboral”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

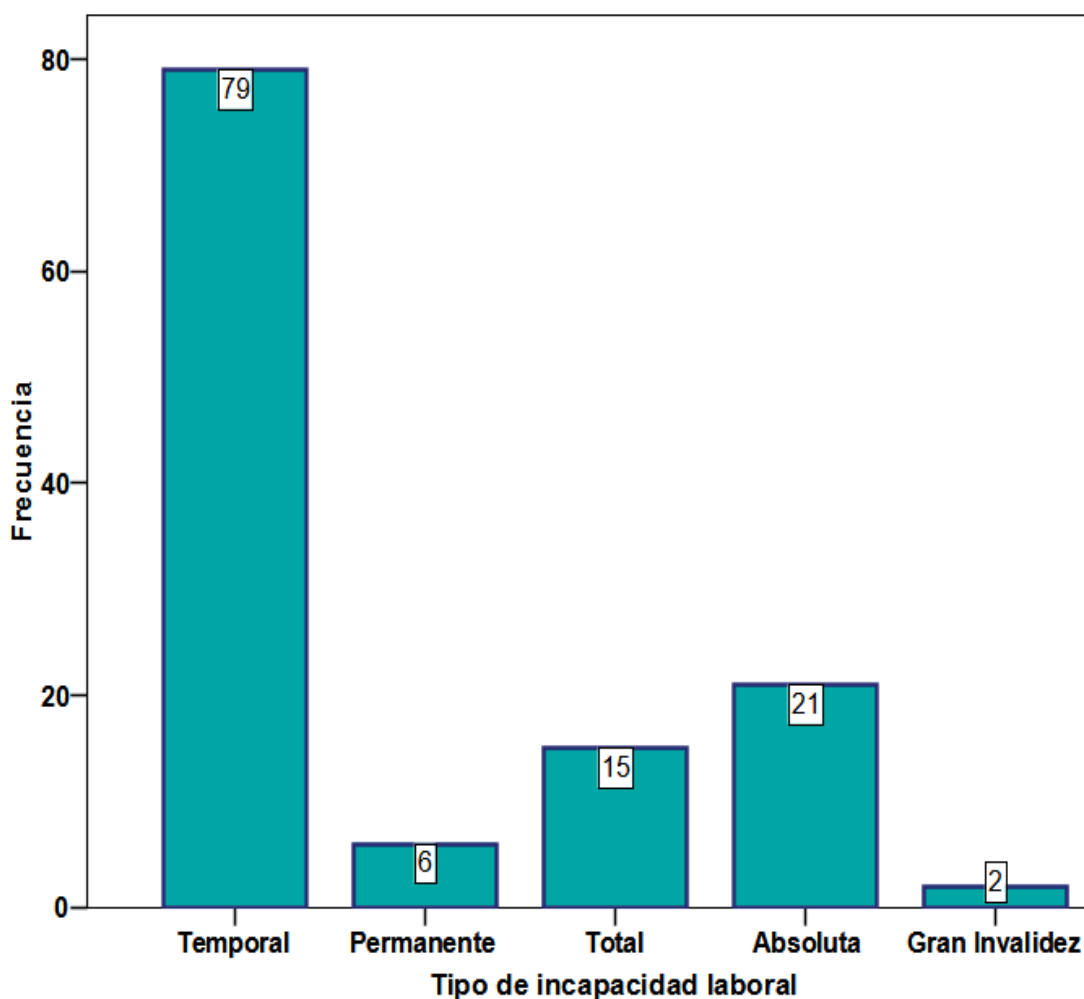


Figura 41. Representación gráfica de la variable “Tipo de incapacidad laboral”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.9 GÉNERO CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

El género del cuidador principal lo referenciamos en relación con la muestra de 365 menos 27 personas que no han mostrado tener cuidador principal.

Del total de 338 tenemos que el género del cuidador principal del paciente fue: 113 hombres (33,4%) y 225 mujeres (66,6%) (Tabla 15) (Figura 42)

Observamos como el doble de mujeres que de hombres ejerce como cuidadores principales del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hombre	113	31,0	33,4	33,4
	Mujer	225	61,6	66,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>92,6</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	27	7,4		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la variable “Género del cuidador principal de paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

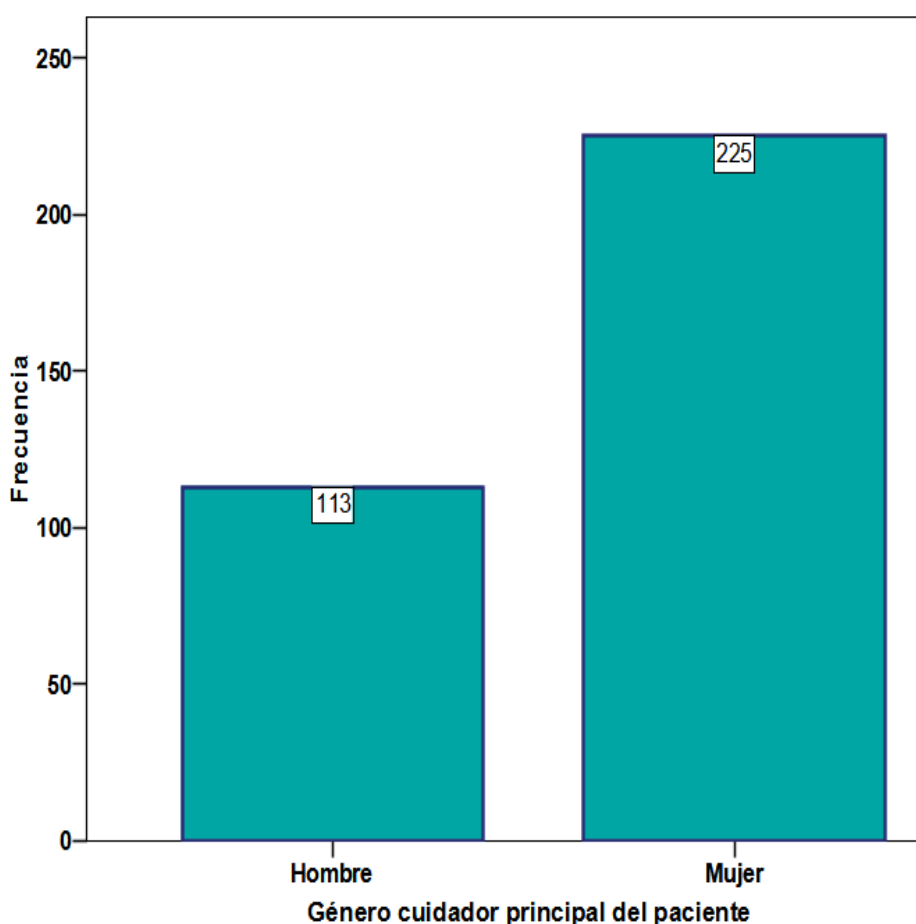


Figura 42. Representación gráfica de la variable “Género de cuidador principal del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.10 ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

El estado civil de los cuidadores principales contando con la muestra de 338 fue: 51 soltero (15,1%), 266 casado (78,7%), 1 separado (0,3%), 10 divorciado (3,0%) y 10 viudo (3,0%) (Tabla 16) (Figura 43)

Observamos como la inmensa mayoría de los cuidadores principales se encuentran casados, siendo muy superior inclusive a la suma de todos los otros valores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Soltero	51	14,0	15,1	15,1
	Casado	266	72,9	78,7	93,8
	Separado	1	,3	,3	94,1
	Divorciado	10	2,7	3,0	97,0
	Viudo	10	2,7	3,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>92,6</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	27	7,4		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de la variable “Estado civil cuidador principal del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

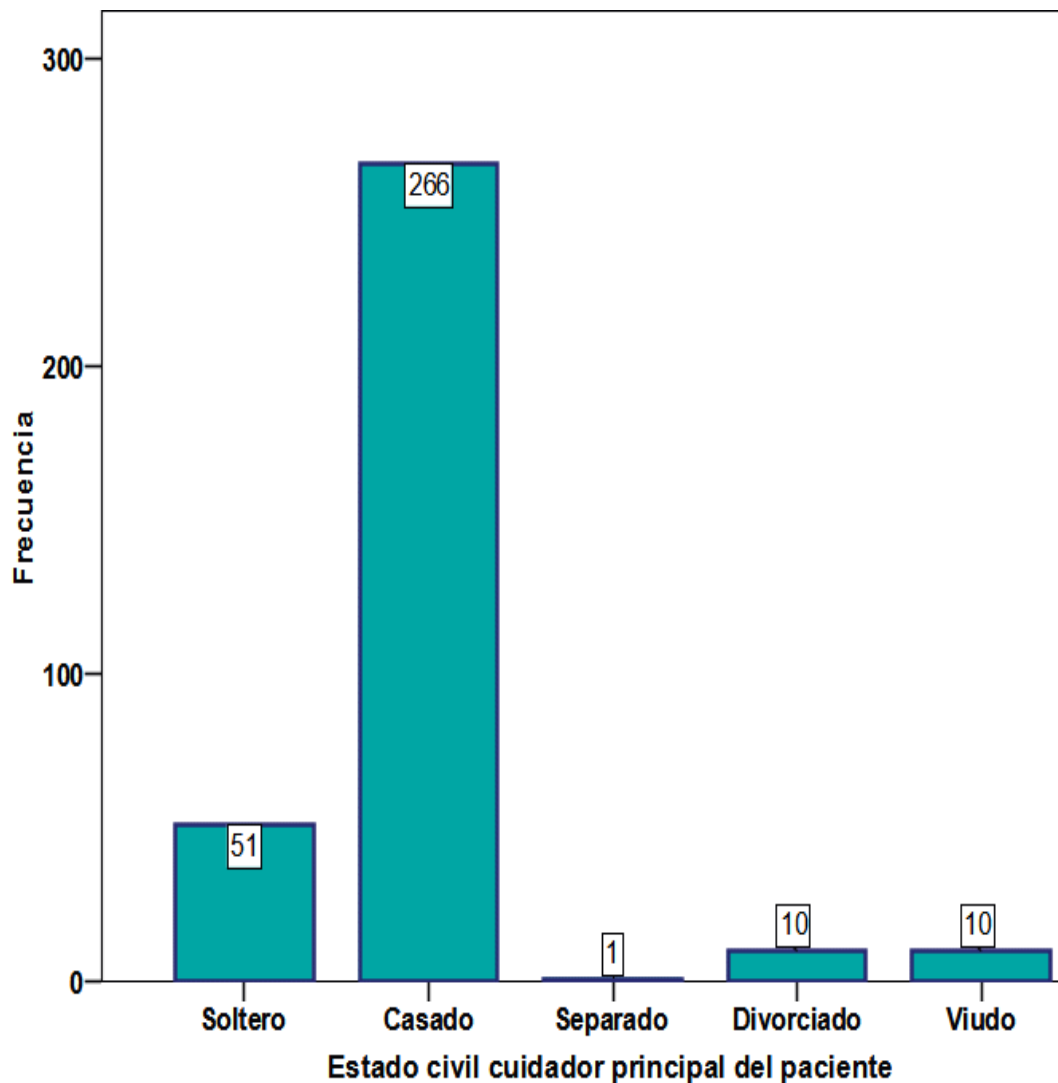


Figura 43. Representación gráfica de la variable “Estado civil del cuidador principal del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.11 GRADO PARENTESCO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

El grado de parentesco en relación con 337 participantes ha sido: 314 en primer grado (93,2%), 20 en segundo grado (5,9%) y 3 en cuidador contratado (0,9%) (Tabla 17) (Figura 44)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Primer grado	314	86,0	93,2	93,2
	Segundo grado	20	5,5	5,9	99,1
	Cuidador contratado	3	,8	,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>92,3</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	28	7,7		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de la variable “Grado parentesco del cuidador principal del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

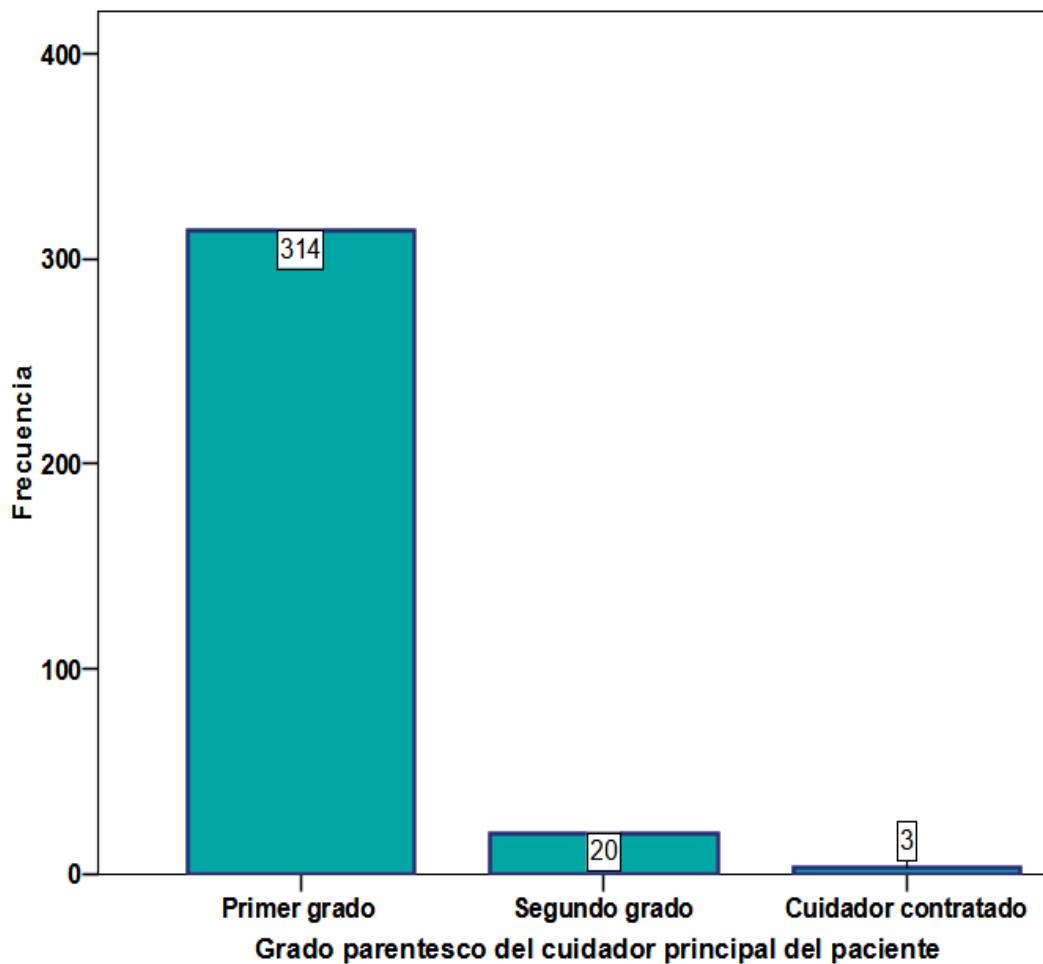


Figura 44. Representación gráfica de la variable “Grado parentesco del cuidador principal del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.12 EDAD CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

La edad media de cuidador principal en relación con 338 cuidadores es: 57,19 años ( $\pm$  14,052) (Tabla18) (Figura 45)

La asimetría de la gráfica (Figura 45) hace que no existan valores alejados (Figura 46) en la edad del cuidador principal del paciente, aunque podamos encontrar cuidadores en edades altas o muy altas.

		Estadístico
<b>Edad cuidador principal del paciente</b>	Media	57,19
	Mediana	58,00
	Desv. típ.	14,052
	Mínimo	21
	Máximo	90
	Rango	69
	Amplitud intercuartil	21

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de la variable “Edad de cuidador principal de paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

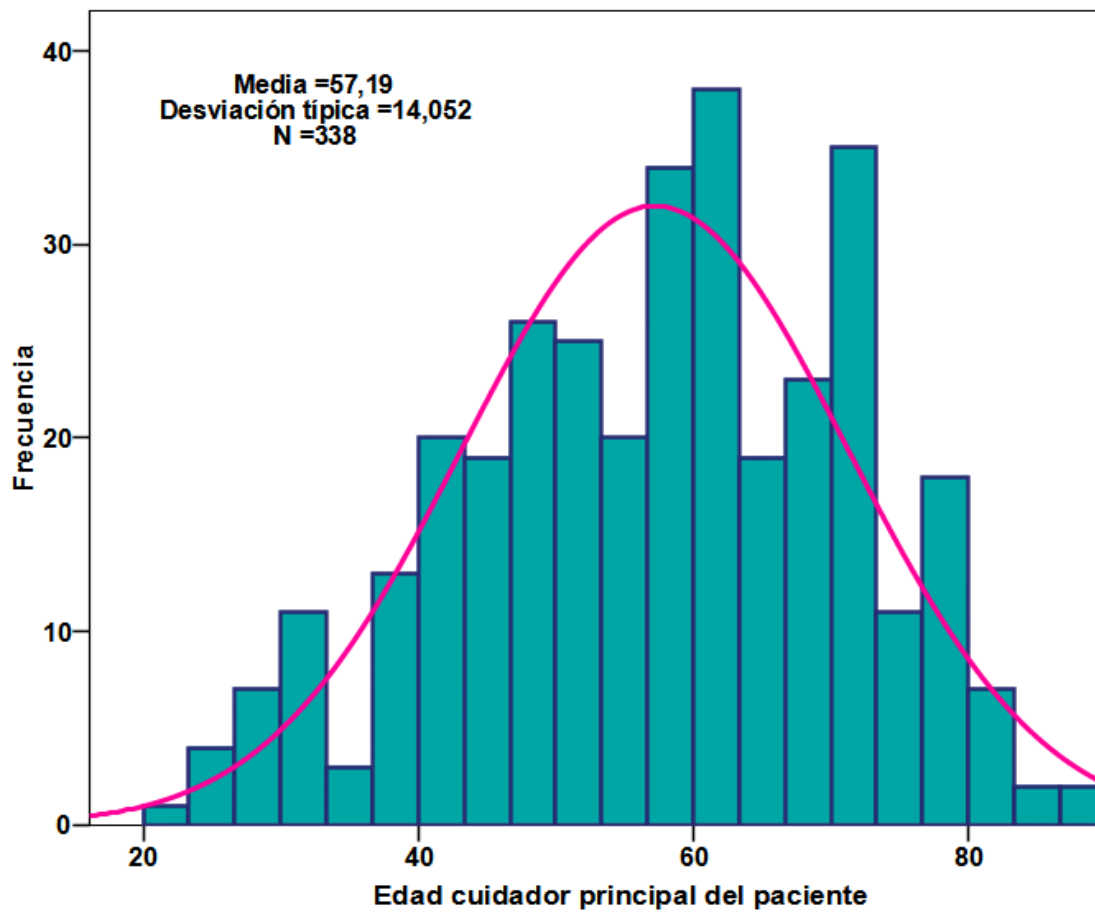


Figura 45. Representación gráfica de la variable “Edad de cuidador principal de paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



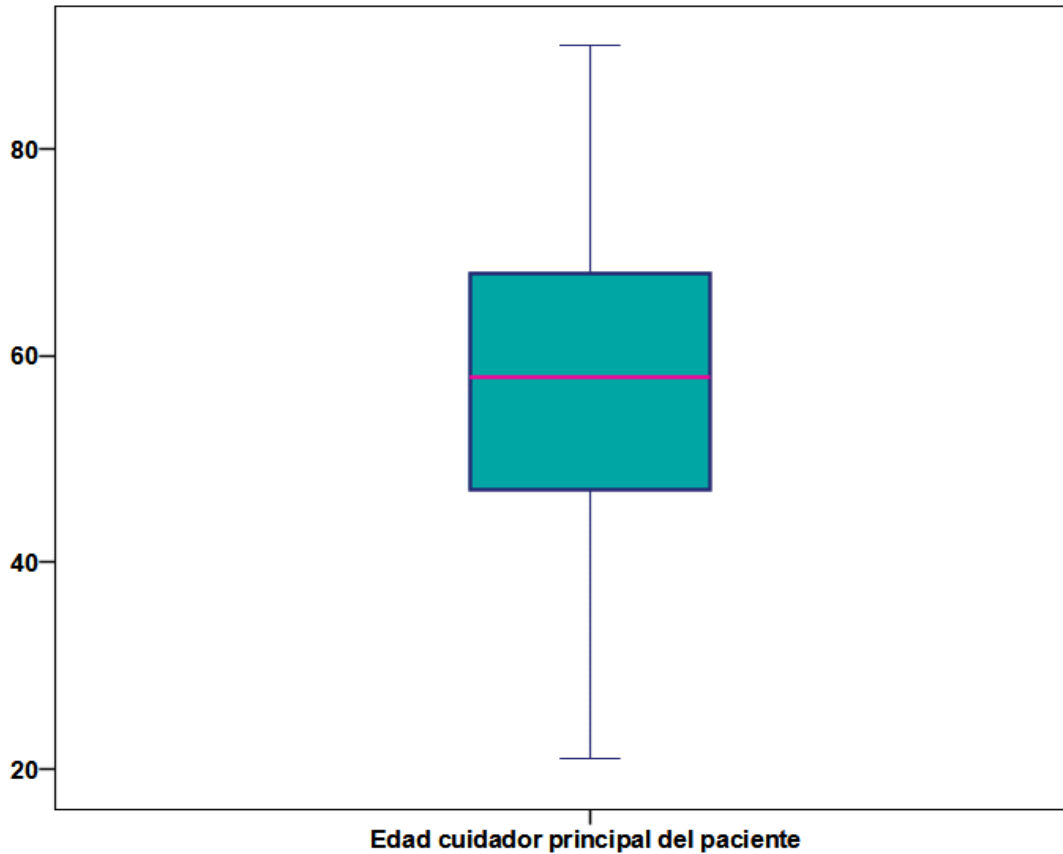


Figura 46. Representación gráfica de la variable “Edad cuidador principal del paciente” en la muestra total en Diagrama de Caja.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.13 TIPO DE CÁNCER.

El tipo de cáncer del total de la muestra es: 88 pacientes con tipo de cáncer digestivo (24,1%), 85 de pulmón (23,3%), 72 de mama (19,7%), 23 de próstata (6,3%), 11 sistema nervioso central (3,0%), 34 hematológico (9,3%) y 52 otros (14,2%) (Tabla 19) (Figura 47)

El tipo de cáncer mayoritario es del sistema digestivo, seguido de pulmón y de mama.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Digestivo	88	24,1	24,1	24,1
	Pulmón	85	23,3	23,3	47,4
	Mama	72	19,7	19,7	67,1
	Próstata	23	6,3	6,3	73,4
	S.N. Central	11	3,0	3,0	76,4
	Hematológico	34	9,3	9,3	85,8
	Otros	52	14,2	14,2	100,0
	<b>Total</b>	<b>365</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la variable “Tipo de cáncer”  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

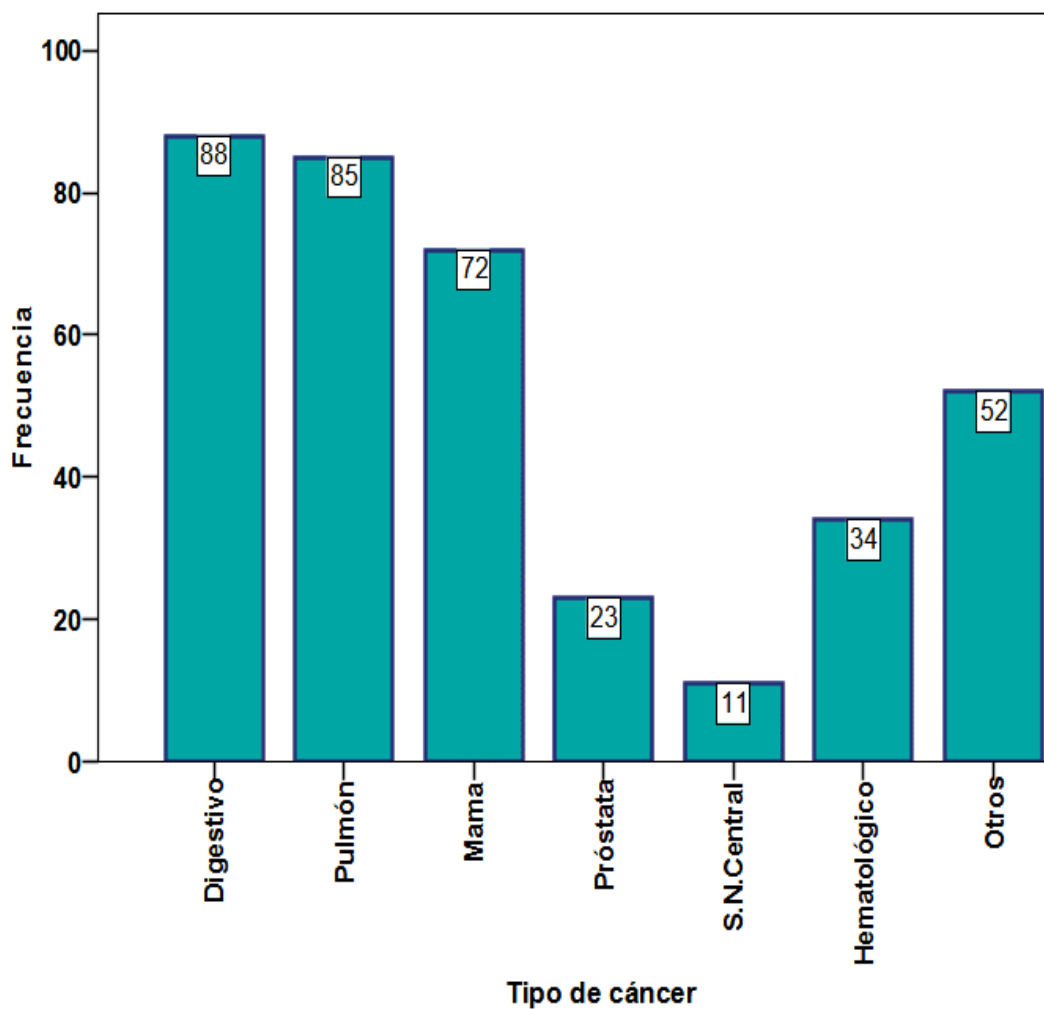


Figura 47. Representación gráfica de la variable “Tipo de cáncer”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.14 ESTADIO ENFERMEDAD.

En el estadio de la enfermedad tenemos una pérdida de dos participantes por no indicar el estadio en el que se encontraban por desconocimiento: 8 participantes en Estadio 0 (2,2%), 51 Estadio I (14,0%), 103 Estadio II (28,4%), 90 Estadio III (24,8%), 111 Estadio IV (30,6%).

La mayoría de los pacientes se encuentran en un Estadio IV y Estadio II, seguido de cerca por el Estadio III siendo minoritario en Estadio I y 0.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Estadio 0	8	2,2	2,2	2,2
	Estadio I	51	14,0	14,0	16,3
	Estadio II	103	28,2	28,4	44,6
	Estadio III	90	24,7	24,8	69,4
	Estadio IV	111	30,4	30,6	100,0
	<b>Total</b>		<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de la variable “Estadio de la enfermedad”  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

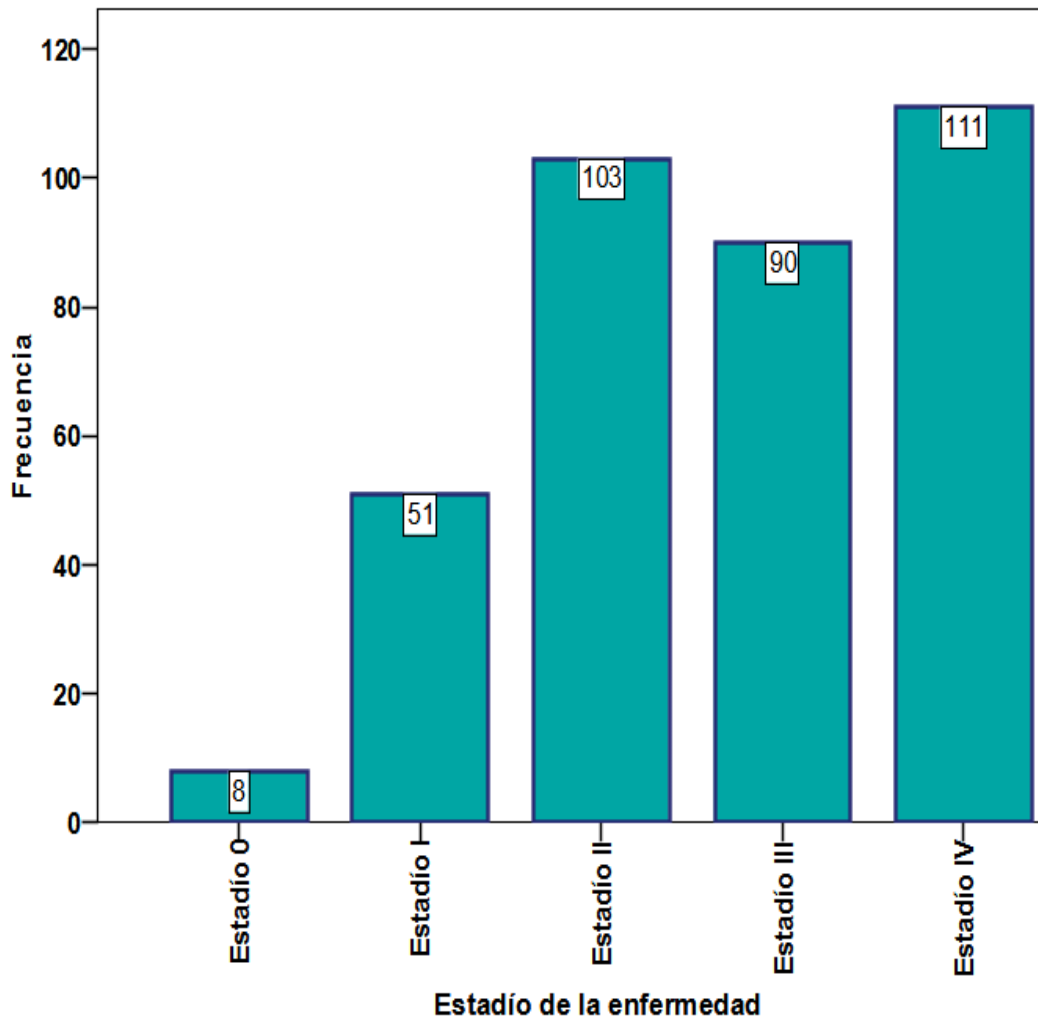


Figura 48. Representación gráfica de la variable “Estadio de la enfermedad”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.15 MESES TRANSCURRIDOS DESDE DIAGNÓSTICO Y NÚMERO DE TRATAMIENTOS.

En el número de meses transcurridos desde diagnóstico son de media 29,72 meses ( $\pm 42,032$ ) existiendo diferentes valores alejados (Tabla 21) (Figura 49).

La desviación que tenemos es dos veces mayor que la media existiendo valores con una distorsión bastante elevada.

Los valores alejados como hemos comentado antes han sido sacados del estudio de una forma coherente para evitar distorsión manteniendo valores alejados cercanos y valores adyacentes por una situación ecológica de participación de pacientes en el estudio (Figura 50).

En cuanto a número de tratamientos, la media que tenemos es de 1,51 ( $\pm$  0,653) (Tabla 21) (Figura 51).

Los valores alejados en el número de tratamientos también de la misma forma han sido sacados por una situación ecológica de participación de pacientes en el estudio habiendo únicamente tres participantes (Figura 52).

		<b>Estadístico</b>
<b>Meses transcurridos desde diagnóstico</b>	Media	29,72
	Mediana	17,00
	Desv. típ.	42,032
	Mínimo	1
	Máximo	345
	Rango	344
	Amplitud intercuartil	23
<b>Número de tratamientos</b>	Media	1,51
	Mediana	1,00
	Desv. típ.	,653
	Mínimo	1
	Máximo	4
	Rango	3
	Amplitud intercuartil	1

Tabla 21. Estadísticos descriptivos de la variable “Meses transcurridos desde diagnóstico”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

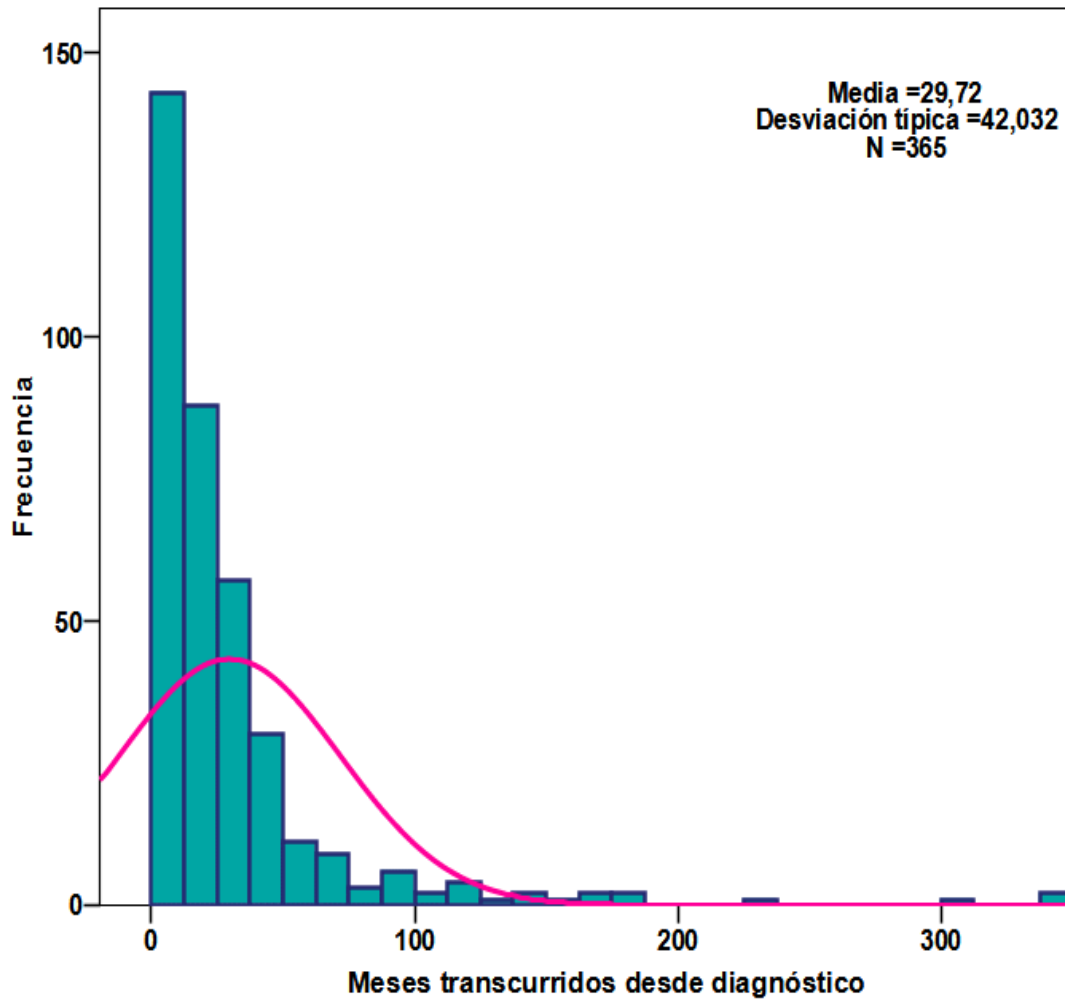


Figura 49. Representación de la variable “Meses transcurridos desde el diagnóstico”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

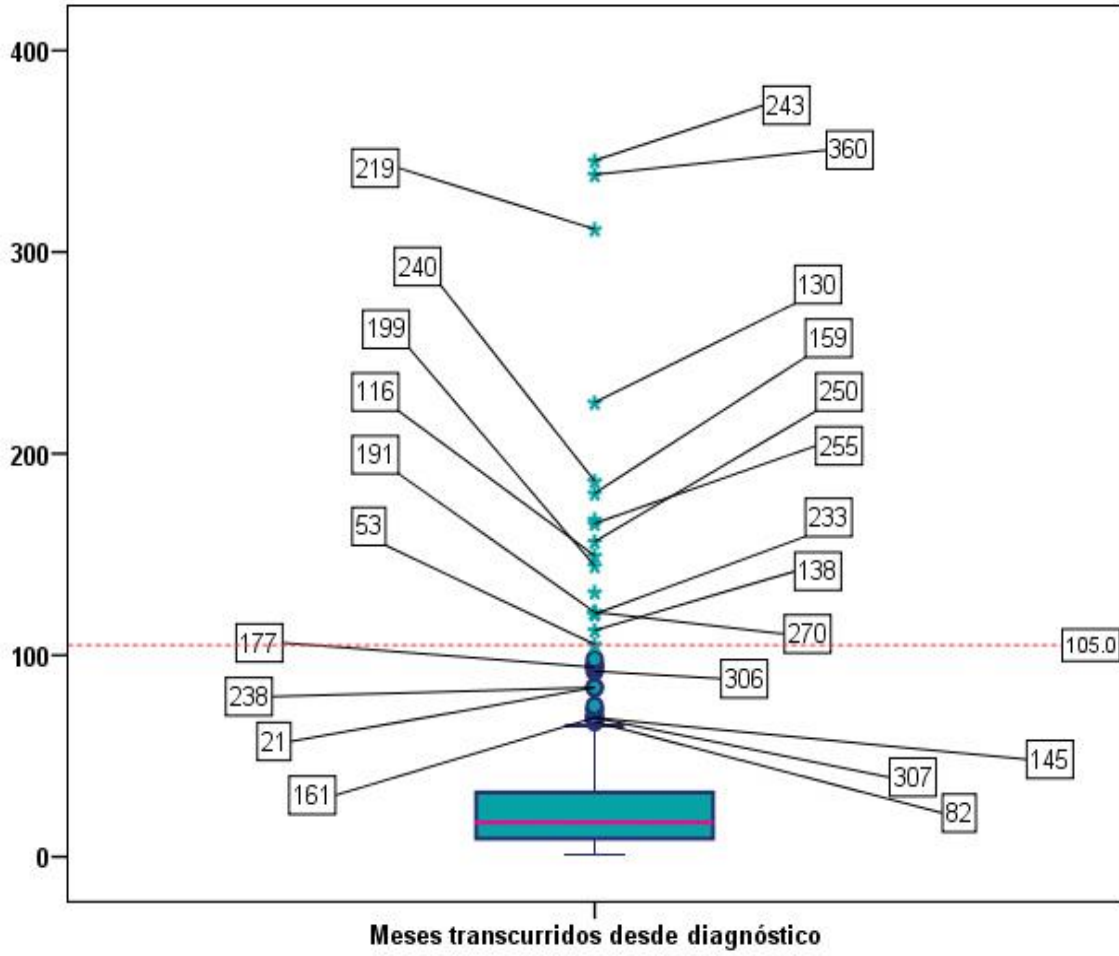


Figura 50. Bloxpot de la variable “Meses transcurridos desde el diagnóstico”.  
 Fuente: Elaboración propia, 2022.

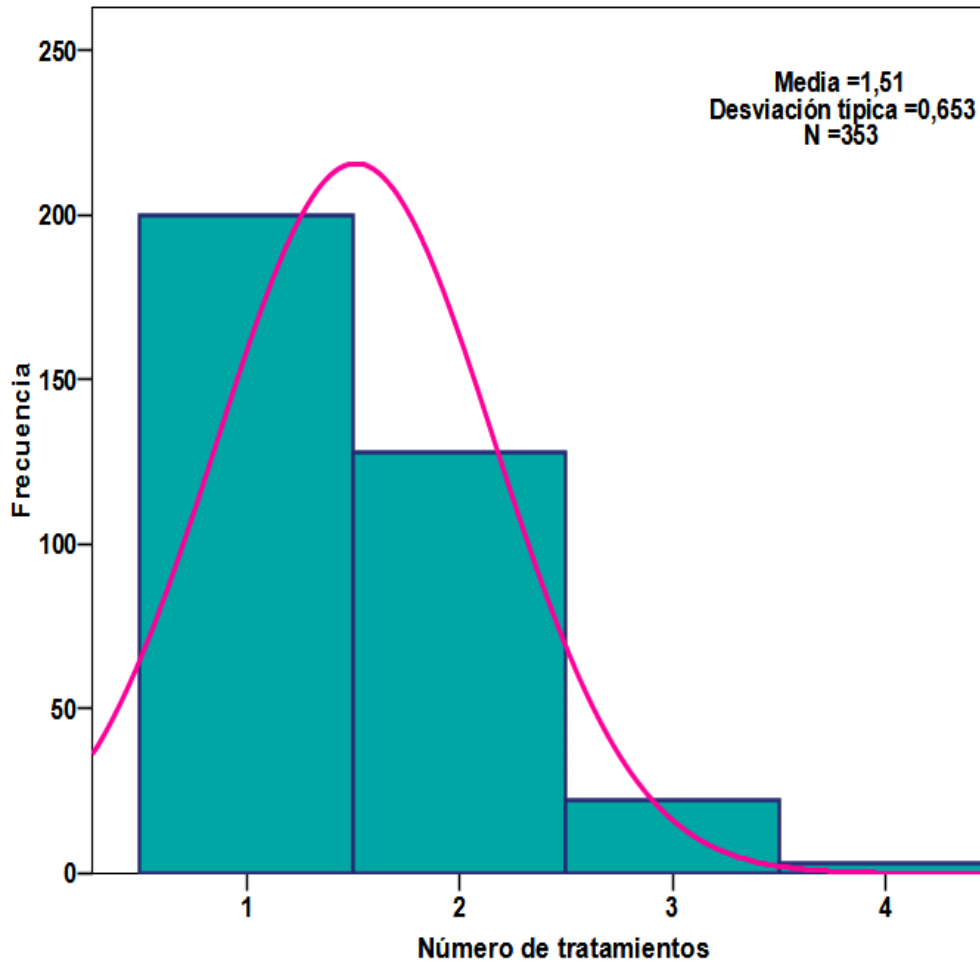


Figura 51. Figura de la variable “Número de tratamientos”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.



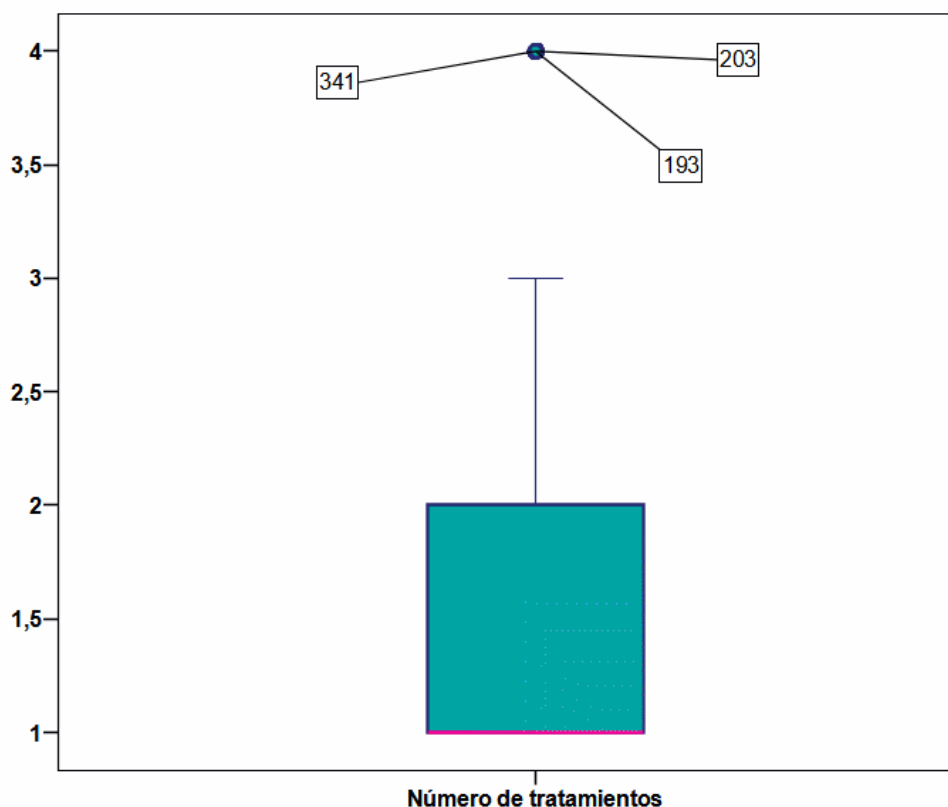


Figura 52. Bloxpot de la variable “Número de tratamientos”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.15 EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE.

Los participantes que han mostrado efectos secundarios han sido un total de 301 (82,5%) participantes teniendo 64 perdidos por no tener efectos secundarios.

La frecuencia ha sido repartida de forma irregular en la que un total de 229 participantes (62,7%) han reflejado tener “Varios” efectos secundarios a la par de forma conjunta, entendidos estos cuando aparecen dos o más de los reflejados en la tabla de frecuencia (Tabla 22) (Figura 53).

La siguiente frecuencia reseñable en cuantía son 33 participantes (9,0%) que han tenido “Alopecia”, seguido de 19 participantes (5,2%) y de 10

participantes (2,7%) que han tenido “Otros” efectos secundarios y “Cansancio” respectivamente (Tabla 2) (Figura 52).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosas, dificultad para tragar	6	1,6	2,0	2,0
	Alopecia	33	9,0	11,0	13,0
	Cansancio	10	2,7	3,3	16,3
	Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	4	1,1	1,3	17,6
	Otros	19	5,2	6,3	23,9
	Varios	229	62,7	76,1	100,0
	<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>82,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	64	17,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la variable “Efectos secundarios del tratamiento del paciente”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

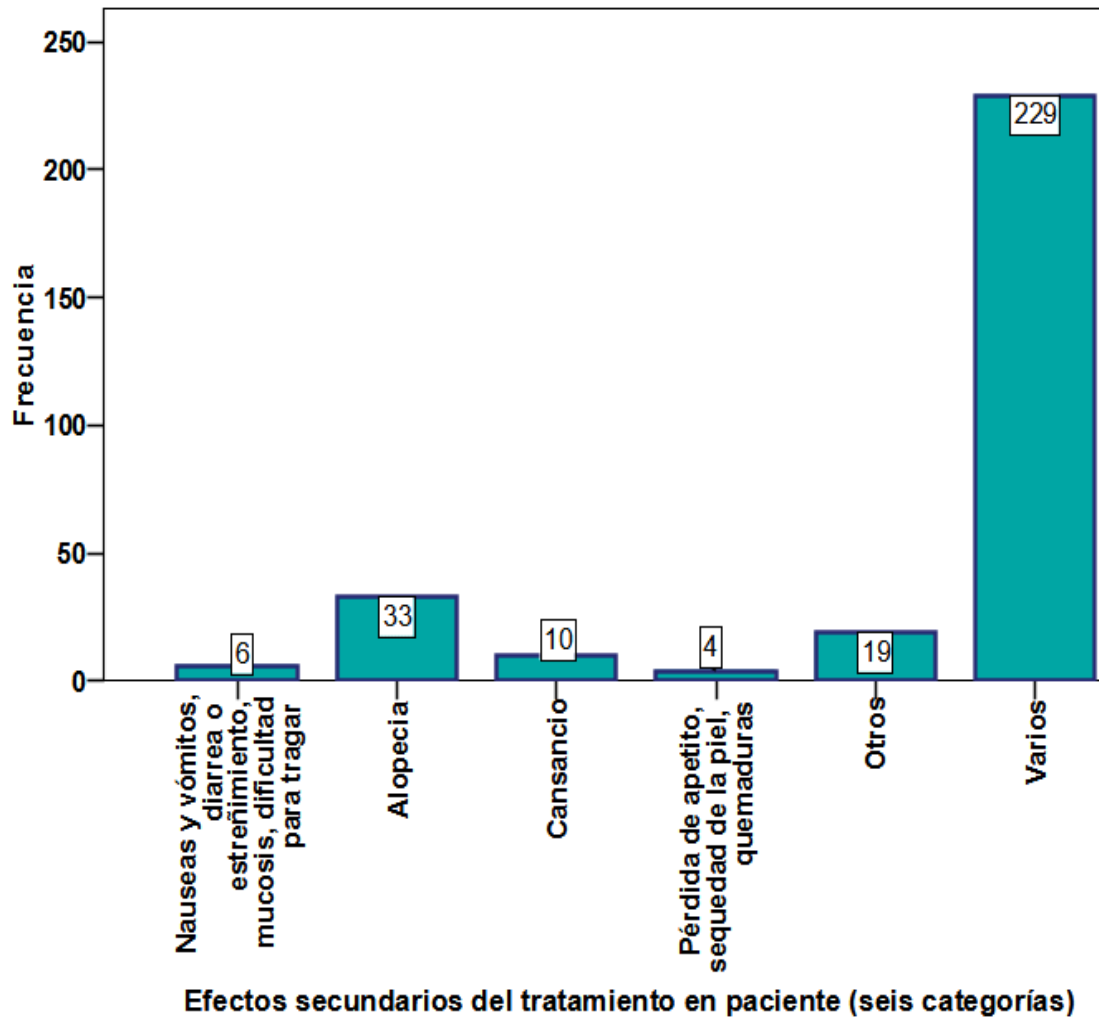


Figura 53. Figura de la variable “Efectos secundarios en el paciente del tratamiento”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.16 COMORBILIDADES ASOCIADAS ANTES DE DIAGNÓSTICO.

Los participantes que ha mostrado comorbilidades asociadas antes de diagnóstico han sido un total de 237 participantes (64,9%).

La frecuencia ha sido distribuida de la siguiente manera: 92 participantes con problemas previos de diferente índole “Varios” (25,2%), 58 participantes con problemas relacionados con “Tracto alimentario y metabolismo, Sistema Cardiovascular, Sangre y Órganos Hematopoyéticos” (15,9%), 57 participantes con problemas relacionados con “Sistema musco-esquelético, Sistema Nervioso

Central, Sistema respiratorio y órganos de los sentidos” (15,6%), 18 participantes con problemas de “Sistema genitourinario, hormonas sexuales, antiinfecciosos y/o preparados hormonales, antineoplásicos e inmunomoduladores” (4,9%) y, por último, 12 participantes con problemas en “Sistema dermatológicos” (3,3%) (Tabla 23) (Figura 54).

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	58	15,9	24,5	24,5
	Sistema dermatológico	12	3,3	5,1	29,5
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	18	4,9	7,6	37,1
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	57	15,6	24,1	61,2
	Varios	92	25,2	38,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>64,9</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	128	35,1		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la variable “Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

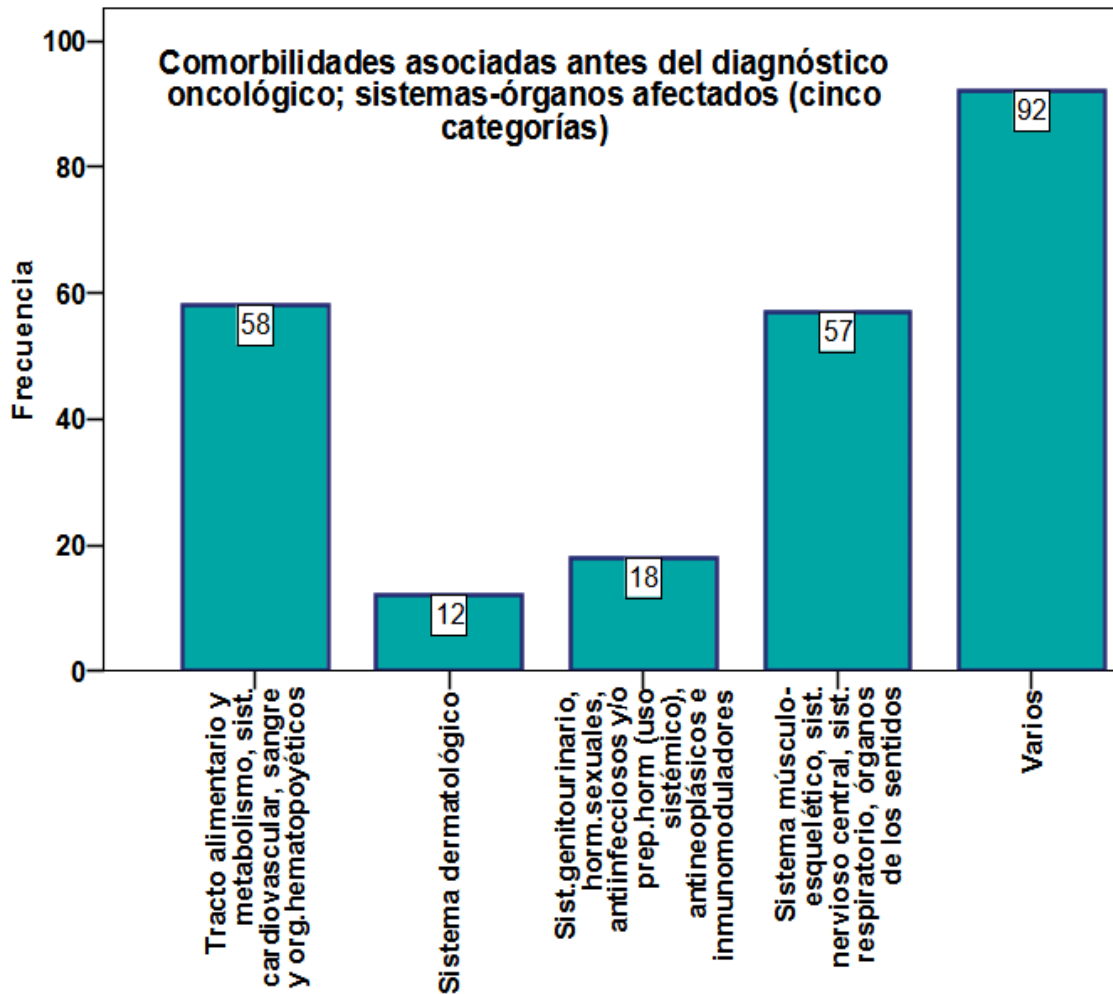


Figura 54. Figura de la variable “Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.17 COMORBILIDADES ASOCIADAS DESPUÉS DE DIAGNÓSTICO.

Los participantes que ha mostrado comorbilidades asociadas después de diagnóstico han sido un total de 235 participantes (64,4%).

La frecuencia ha sido distribuida de la siguiente forma: 39 participantes con problemas previos en “Sistema musco-esquelético, Sistema nervioso central y órganos de los sentidos” (10,7%), seguido de 25 participantes con problemas de “Tracto alimentario y metabolismo, Sistema Cardiovascular, Sangre y Órganos Hematopoyéticos” (6,8%), 16 participantes con problemas de “Sistema

dermatológico” (4,4%) y 7 participantes con problemas de “Sistema genitourinario (...)” (1,9%) (Tabla 24)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	25	6,8	10,6	10,6
	Sistema dermatológico	16	4,4	6,8	17,4
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	7	1,9	3,0	20,4
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	39	10,7	16,6	37,0
	Varios	148	40,5	63,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>64,4</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	130	35,6		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de la variable “Comorbilidades asociadas después de diagnóstico”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

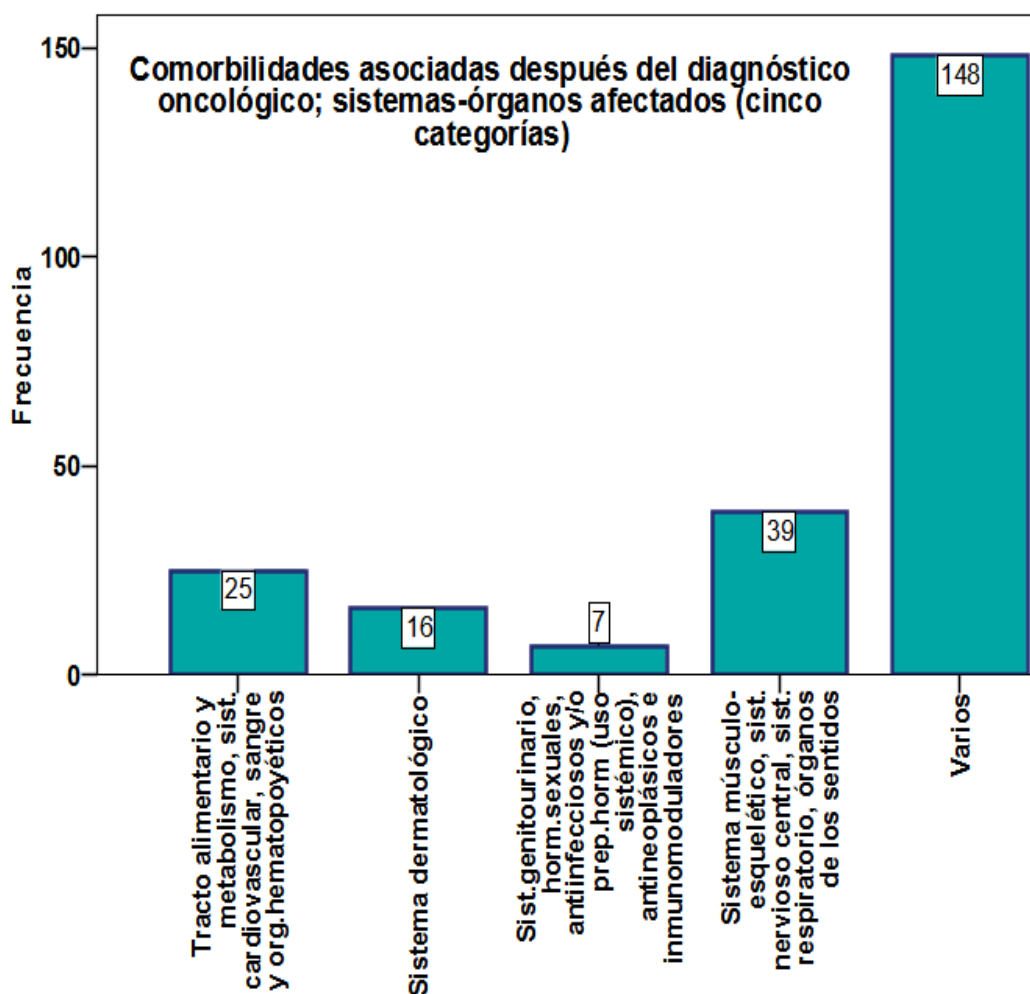


Figura 55. Figura de la variable “Comorbilidades asociadas después de diagnóstico”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18 ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA ENFERMEDAD.

En cuanto a las variables económicas tenemos los siguientes descriptivos, en cada una de las variables existe un número determinado de participantes diferentes (Tabla 25)

Las variables económicas que corresponden con gastos extraordinarios han sido recodificadas para obtener datos más coherentes objetivos. La variable

correspondiente con gasto extraordinario en vivienda ha sido recodificada con medias para obtener datos más coherentes objetivos.

Los descriptivos en la variable cuantía antes, después y variación se ha decidido dejar sin modificación para poder observar mejor la frecuencia de los participantes.

	N	
	Válidos	Perdidos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	363	2
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	363	2
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	124	241
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	274	91
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	171	194
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	54	311
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	236	129

Tabla 25. Estadísticos descriptivos de las variables diferentes “Aspectos económicos de la enfermedad”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18.1 CUANTÍA DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL HOGAR DURANTE EL ÚLTIMO AÑO FISCAL.

La cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal corresponde de la siguiente forma (Tabla 26) (Figura 56)

La frecuencia superior la encontramos con un total de 102 participantes en el rango entre 12.001€-18.000€ (27,9%), seguido de 81 participantes en el rango de 6.000€ a 12.000€ (22,2%) y en tercer lugar con 73 participantes en el rango de 18.001€ a 24.000€ (20%).



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Menos de 6000€	18	4,9	5,0	5,0
	De 6000€ a 12000€	81	22,2	22,3	27,3
	De 12001€ a 18000€	102	27,9	28,1	55,4
	De 18001€ a 24000€	73	20,0	20,1	75,5
	De 24001€ a 30000€	50	13,7	13,8	89,3
	Más de 30000€	39	10,7	10,7	100,0
<b>Total</b>		<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables “Ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

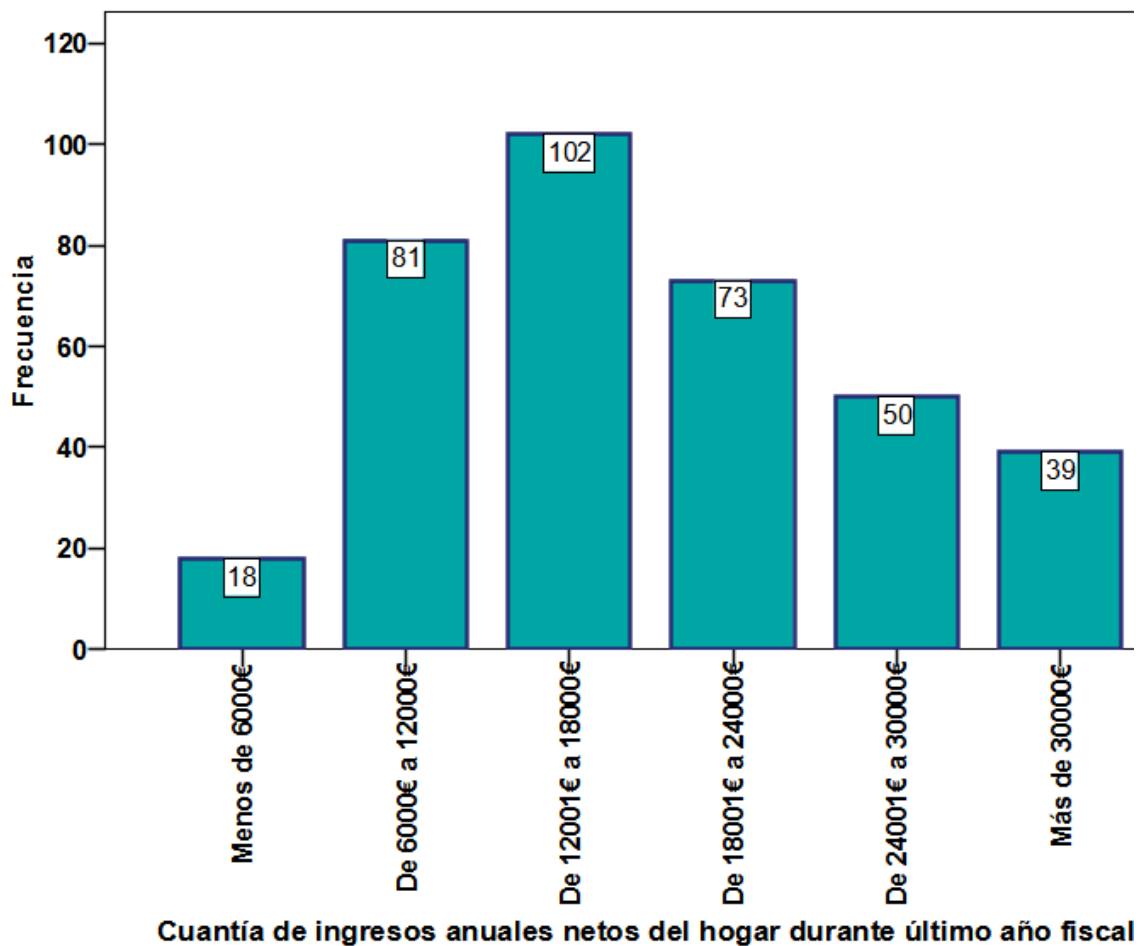


Figura 56. Figura de la variable “Ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.2.1.18.2 CUANTÍA DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL HOGAR ANTERIORES AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.

La cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer corresponde de la siguiente forma (Tabla 27) (Figura 57)

La frecuencia superior la encontramos con un total de 110 participantes en el rango entre 12.001€-18.000€ (30,1%), seguido de 78 participantes en el rango de 18.001€-24.000€ (21,4%) y en tercer lugar con 66 participantes en el rango de 6000-12000€ (18,1%).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Menos de 6000€	14	3,8	3,9	3,9
	De 6000€ a 12000€	66	18,1	18,2	22,0
	De 12001€ a 18000€	110	30,1	30,3	52,3
	De 18001€ a 24000€	78	21,4	21,5	73,8
	De 24001€ a 30000€	48	13,2	13,2	87,1
	Más de 30000€	47	12,9	12,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 27. Estadísticos descriptivos de la variable “Ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

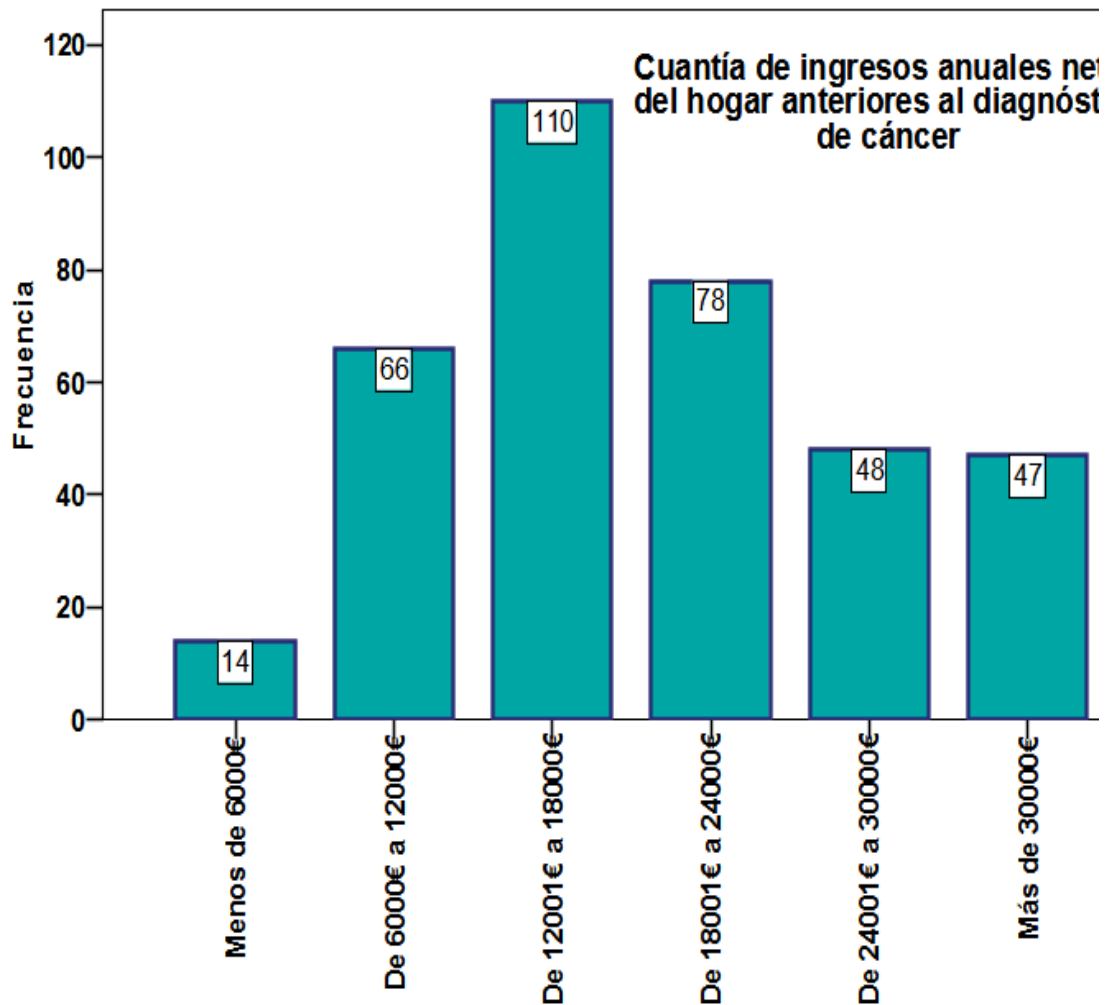


Figura 57. Figura de la variable “Ingresos anuales netos del hogar desde el diagnóstico de cáncer”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.2.1.18.3 VARIACIÓN DE INGRESOS EN EL HOGAR DESDE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.

La variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico ha sido en una frecuencia de 51 participantes de “Hasta el 20%” (14,0%), una frecuencia de 50 participantes “Del 20% hasta el 40%” (13,7%), una frecuencia de 18 participantes “Del 40% hasta el 60%) y una frecuencia de 5 participantes “Del 60% en adelante” (1,4%) (Tabla 28) (Figura 58)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta el 20%	51	14,0	41,1	41,1
	Del 20% hasta el 40%	50	13,7	40,3	81,5
	Del 40% hasta el 60%	18	4,9	14,5	96,0
	Del 60% en adelante	5	1,4	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>34,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	241	66,0		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 28. Estadísticos descriptivos de la variable “Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer”  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

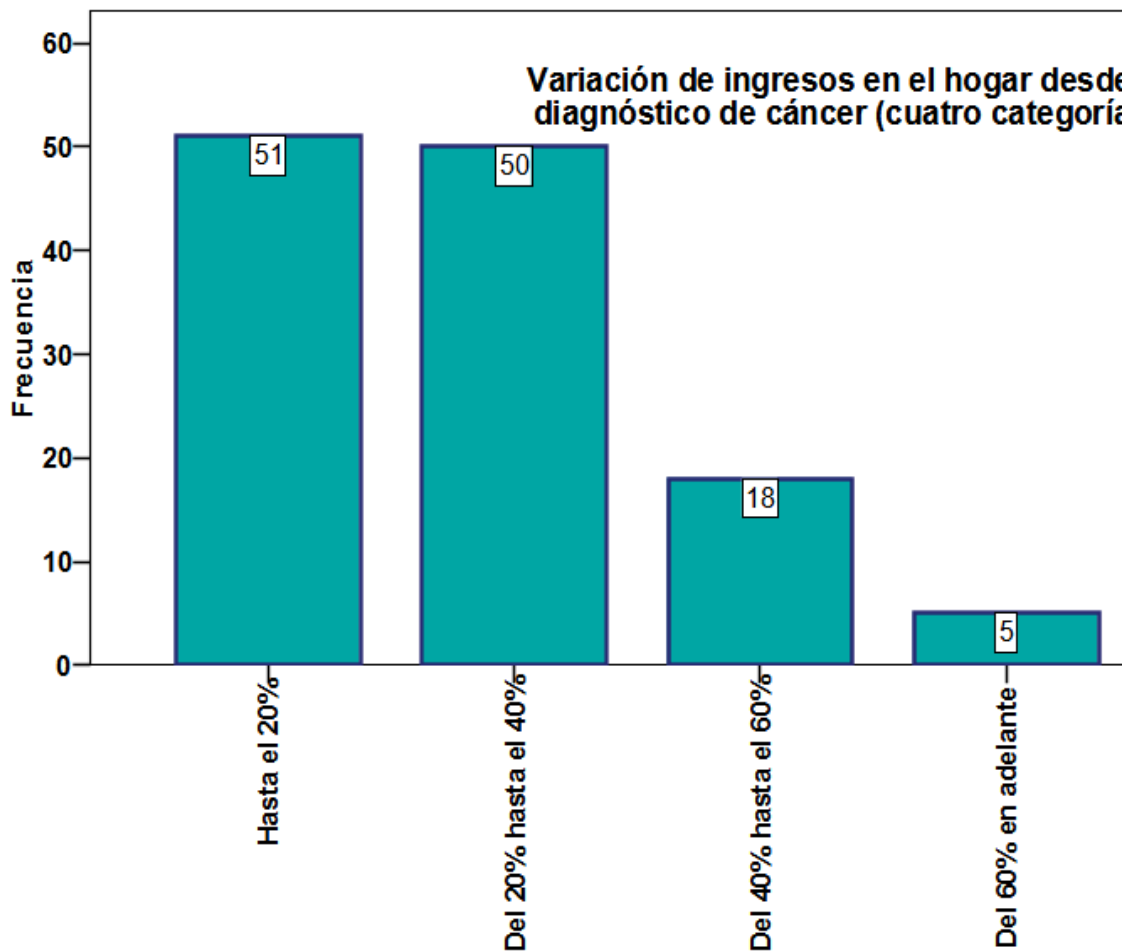


Figura 58. Figura de la variable “Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18.4 GASTO EXTRAORDINARIO EN EL ULTIMO AÑO EN FARMACIA Y/O PARAFARMACIA.

El gasto extraordinario en el último año relacionado con farmacia y/o parafarmacia ha sido con una frecuencia muy alta en la variable “Hasta 600€” con 240 participantes (65,8%) seguido de la variable “De 600€ hasta 1200€” con 25 participantes (7,1%) (Tabla 29).

Podemos observar cómo tenemos un total de 91 participantes perdidos que no se han encontrado dentro de los gastos de esta variable, es decir, que no han tenido gastos extraordinarios en el último año en farmacia y/o parafarmacia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta 600€	240	65,8	87,6	87,6
	De 600€ a 1200€	26	7,1	9,5	97,1
	De 1201€ en adelante	8	2,2	2,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>75,1</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	91	24,9		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

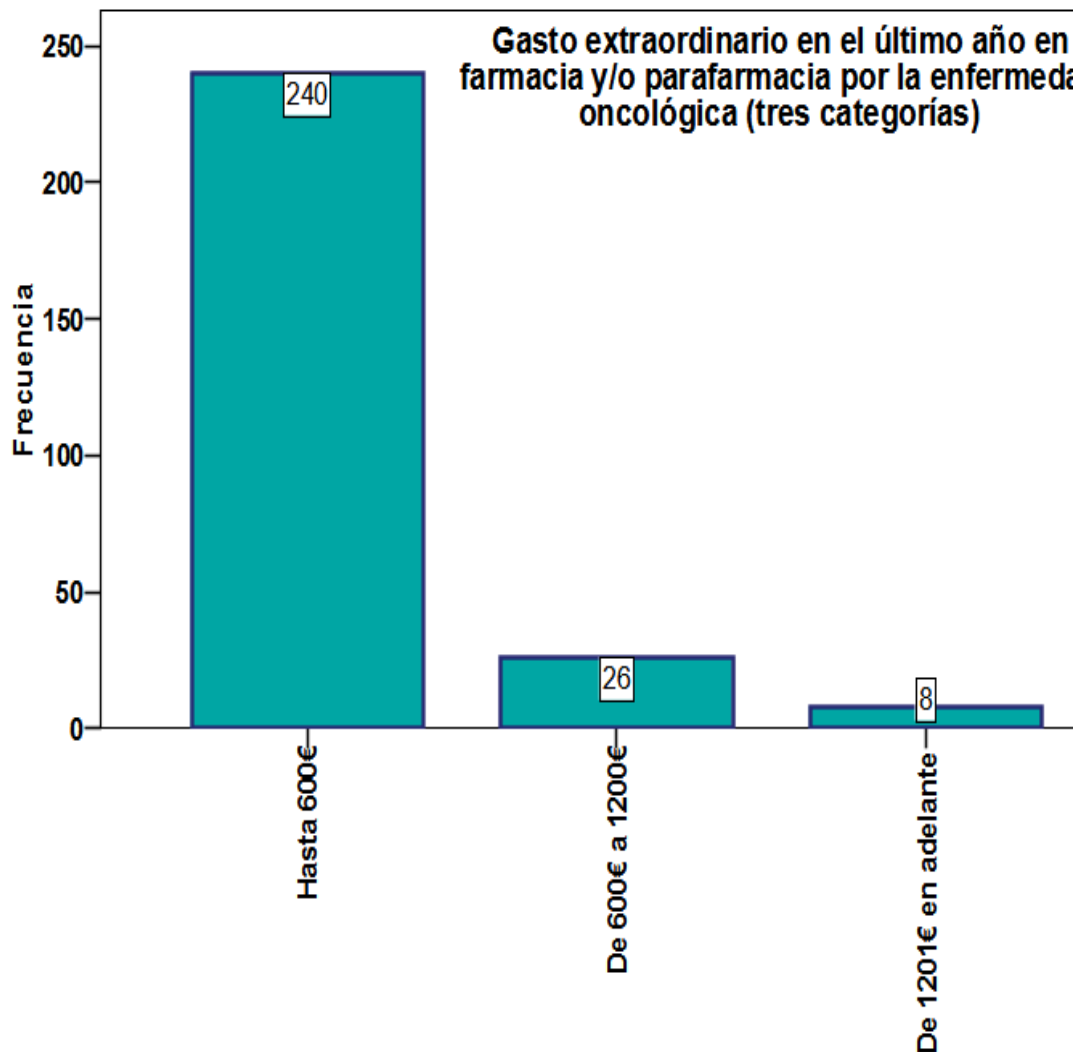


Figura 59. Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18.5 GASTO EXTRAORDINARIO EN EL ÚLTIMO AÑO EN MATERIAL ORTOPÉDICO.

Un total de 93 participantes han tenido un gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica de “Hasta 600€” (25,5%) seguido de 59 participantes de “De 600€ a 1200€” (16,2%) siendo inferior con un total de 19 participantes “De 1201€ en adelante” (5,2%) (Tabla 30).

Observamos como un total de 194 personas han sido perdidas por el sistema con lo que no han tenido ésta gasto extraordinario indicado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta 600€	93	25,5	54,4	54,4
	De 600€ a 1200€	59	16,2	34,5	88,9
	De 1201€ en adelante	19	5,2	11,1	100,0
	<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>46,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	194	53,2		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

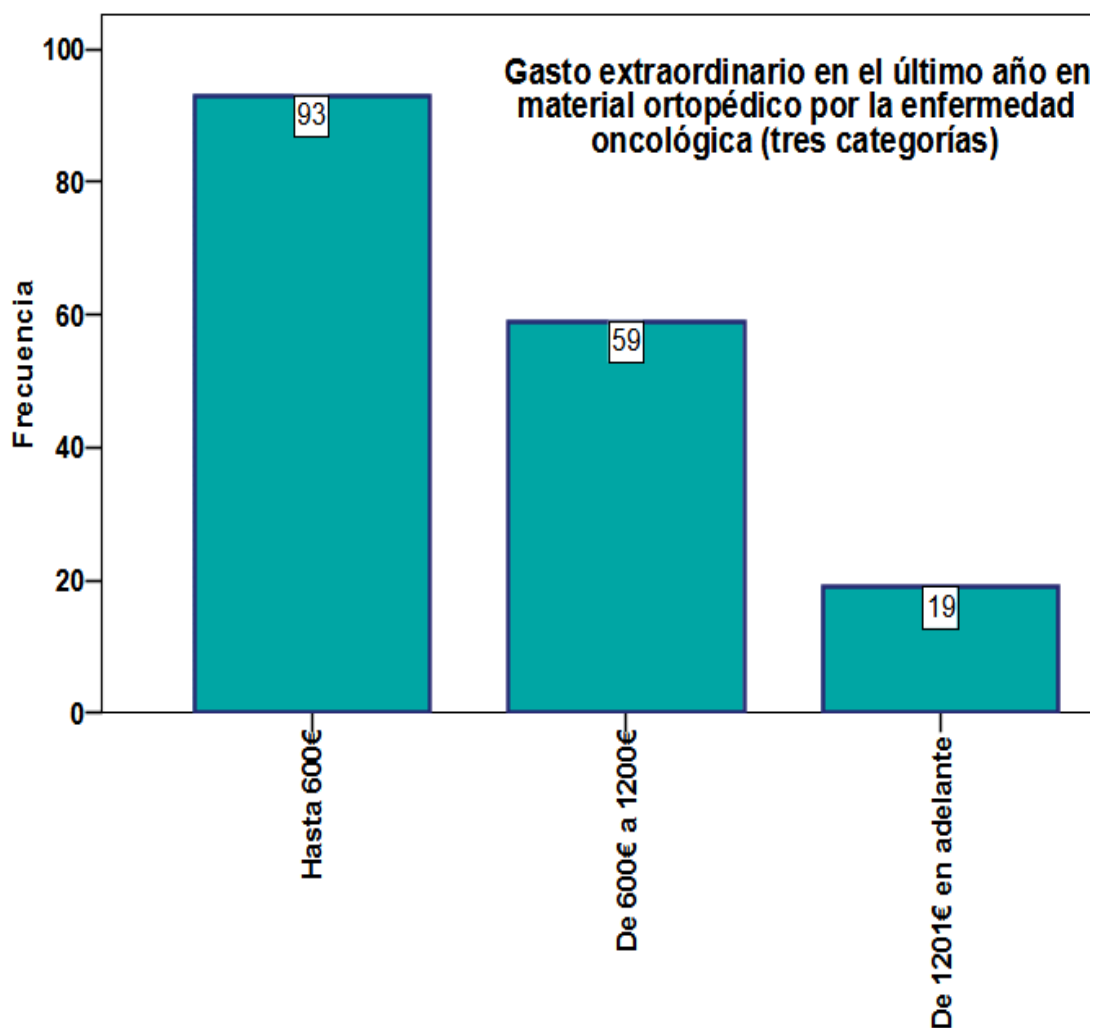


Figura 60. Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18.6 GASTO EXTRAORDINARIO EN EL ÚLTIMO AÑO EN AYUDA A DOMICILIO.

Un total de 26 participantes han tenido un gasto extraordinario en ayuda a domicilio de “Hasta 600€” (78,1%), seguido de 15 participantes “De 1201€ en adelante” (4,1%) y seguido de 13 participantes de “600 a 1200€” (3,6%) (Tabla 31)

Existe una pérdida de 311 participantes que no han tenido gasto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta 600€	26	7,1	48,1	48,1
	De 600€ a 1200€	13	3,6	24,1	72,2
	De 1201€ en adelante	15	4,1	27,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>14,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	311	85,2		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 31. Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



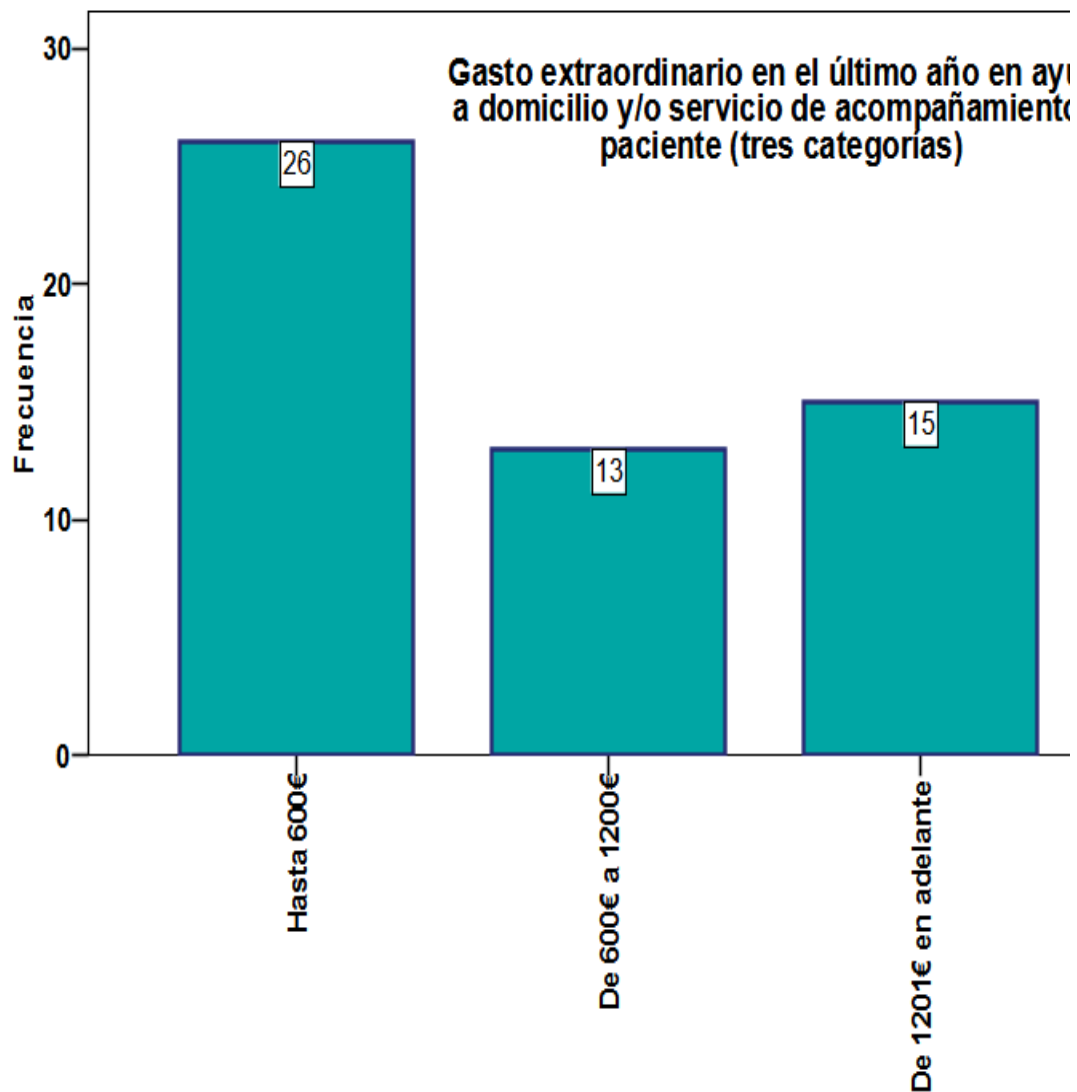


Figura 61. Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.18.7 GASTO EXTRAORDINARIO EN EL ÚLTIMO AÑO EN TRASLADOS A HOSPITAL.

Observamos como un total de 151 participantes han tenido gasto medio de 300€ (41,4%), 44 participantes un gasto medio de 900€ (12,1%), 16 participantes un gasto medio alrededor de 1500€ (4,4%), 10 participantes un gasto medio de 2400€ (2,7%), 15 participantes un gasto medio de 4500€ (4,1%) (Tabla 32)

Han sido perdidos 129 participantes que no tienen gasto en esta variable.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	300€	151	41,4	64,0	64,0
	900€	44	12,1	18,6	82,6
	1500€	16	4,4	6,8	89,4
	2400€	10	2,7	4,2	93,6
	4500€	15	4,1	6,4	100,0
	<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>64,7</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	129	35,3		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 32. Estadísticos descriptivos de la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados a hospital”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

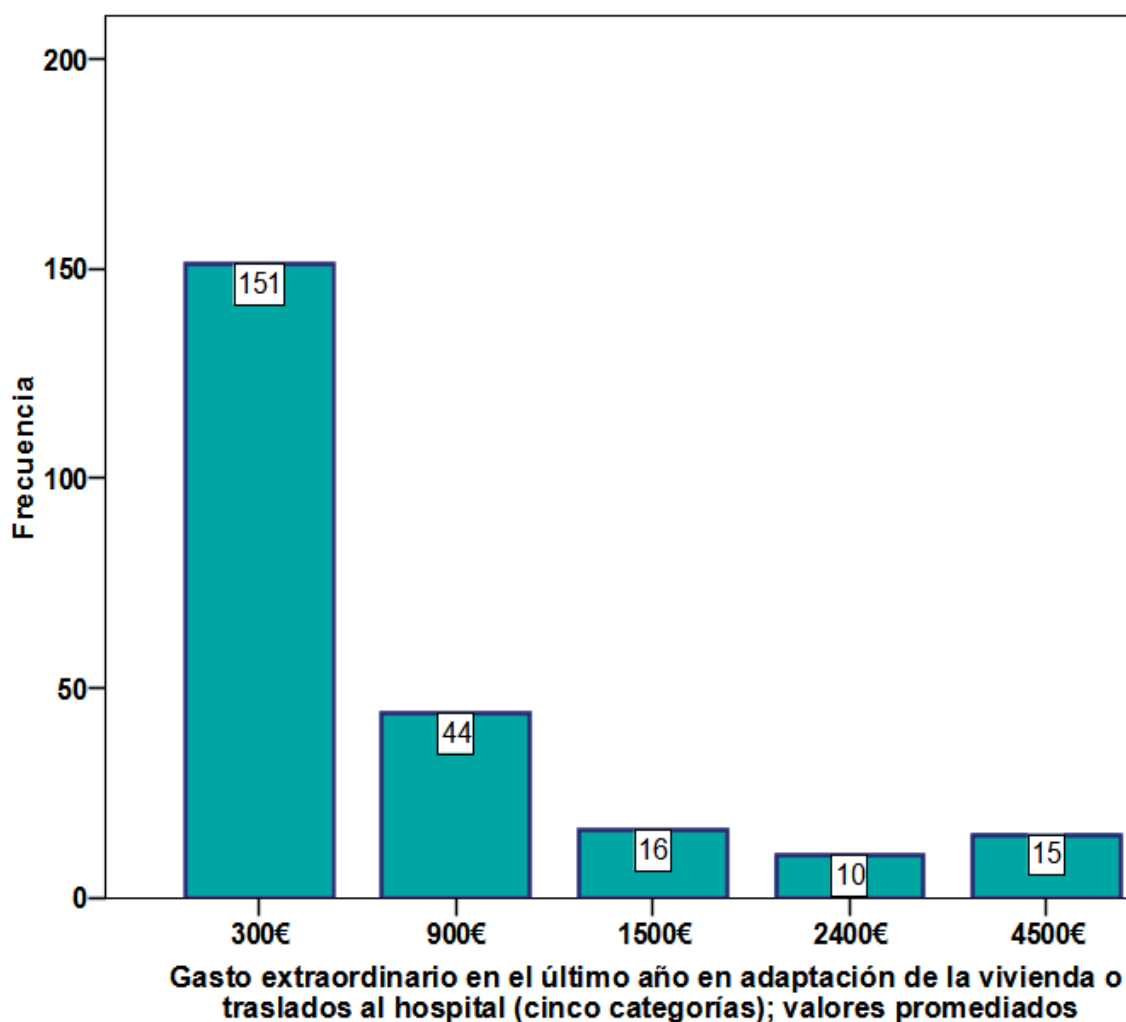


Figura 62. Figura de la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados a hospital”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.19 ASPECTOS RELATIVOS A LA DEPENDENCIA Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Los diferentes aspectos relacionados con la dependencia del paciente estudiado y la sobrecarga de cuidador principal del paciente han sido obtenidos a través de las escalas de medidas utilizadas a pacientes y familiares de la muestra.

Los instrumentos de evaluación y recogida de datos han sido:

- Índice de Barthel (ANEXO II)
- Escala de medida Lawton-Brody (ANEXO III)
- Test de sobrecarga de Zarit (ANEXO IV)
- Escala ECOG (ANEXO V)
- Cuestionario EuroQol-5D (ANEXO VI)

#### 6.2.1.20 PUNTUACIÓN BARTHEL: AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

Un total de 116 personas han tenido una puntuación en la escala de “100” correspondiendo con un nivel de dependencia INDEPENDIENTE (31,8%), un total de 131 participantes una puntuación de “De 60 a 99” correspondiente con un nivel de dependencia LEVE (35,9%), un total de 47 participantes con puntuación “De 40 a 55” correspondiente con nivel de dependencia MODERADO (12,9%), 21 personas con una puntuación de “De 20 a 35” correspondiendo con dependencia GRAVE (5,8%), y, un total de 48 participantes con puntuación “Hasta 20” (13,2%) siendo una dependencia TOTAL (Tabla 33)

La mayor parte de los participantes del estudio han tenido un nivel de dependencia LEVE o INDEPENDIENTE; aunque encontramos una cuantía significativa de participantes que tendrían una situación considerable de dependencia entre el rango MODERADO a TOTAL (116 participantes).

La media que nos corresponde en la escala en puntuación es 70,56 ( $\pm 30,473$ ) (Figura 64).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta 20, total	48	13,2	13,2	13,2
	De 20 a 35, grave	21	5,8	5,8	19,0
	De 40 a 55, moderado	47	12,9	12,9	32,0
	De 60 a 99, leve	131	35,9	36,1	68,0
	100, independiente	116	31,8	32,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 33. Estadísticos descriptivos de la escala “Puntuación Barthel: autonomía de paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

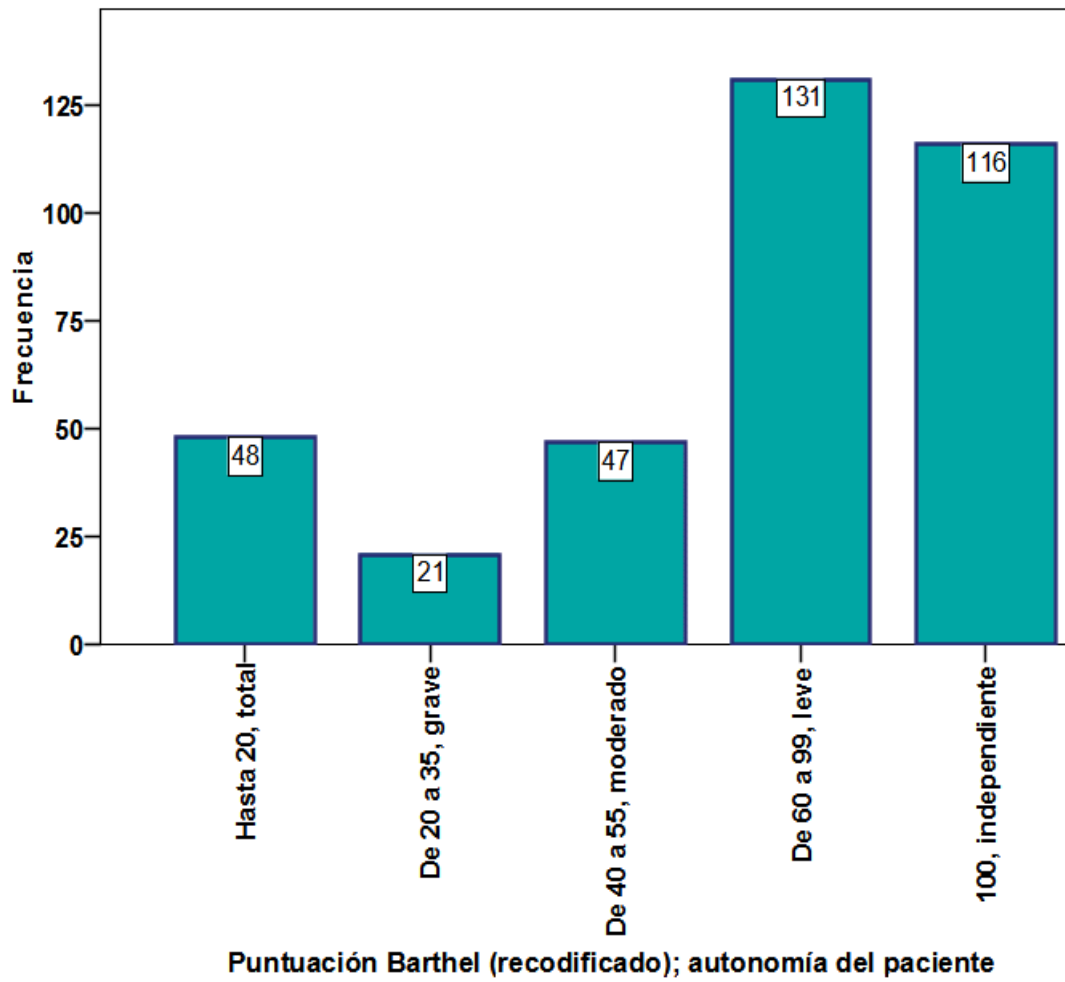


Figura 63. Figura de la variable “Puntuación Barthel: autonomía de paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

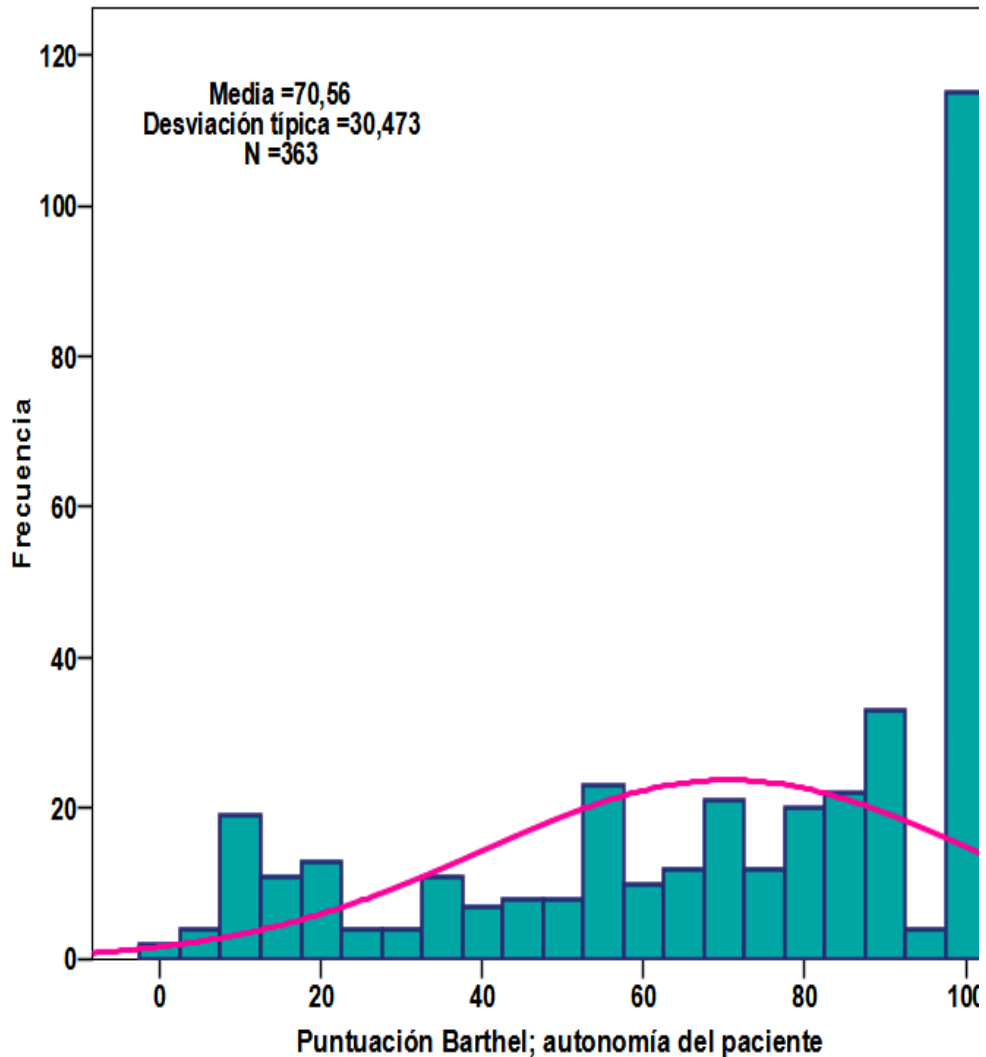


Figura 64. Figura de la variable “Puntuación Barthel: autonomía de paciente”.  
 Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.2.1.21 PUNTUACIÓN LAWTON Y BRODY: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Un total de 121 personas han tenido una puntuación “De 6 a 7” correspondiente con la consideración de dependencia LIGERA (33,2%) seguido de 90 participantes con una puntuación “8” considerados INDEPENDIENTES (24,7%). Un total de 76 participantes han tenido una puntuación de “De 4 a 5” considerado como dependencia MODERADA (20,8%), 44 participantes una puntuación de “De 2 a 3” considerada SEVERA (12,1%), y un total de 32

participantes una puntuación de “De 0 a 1” considerado como dependencia TOTAL (8,8%) (Tabla 34)

La media que nos corresponde en la escala en puntuación es de 5,45 ( $\pm$  2,336) (Figura 66).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	De 0 a 1, total	32	8,8	8,8	8,8
	De 2 a 3, severa	44	12,1	12,1	20,9
	De 4 a 5, moderada	76	20,8	20,9	41,9
	De 6 a 7, ligera	121	33,2	33,3	75,2
	8, independiente	90	24,7	24,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 34. Estadísticos descriptivos de la escala “Puntuación Lawton y Brody: actividades de la vida diaria del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

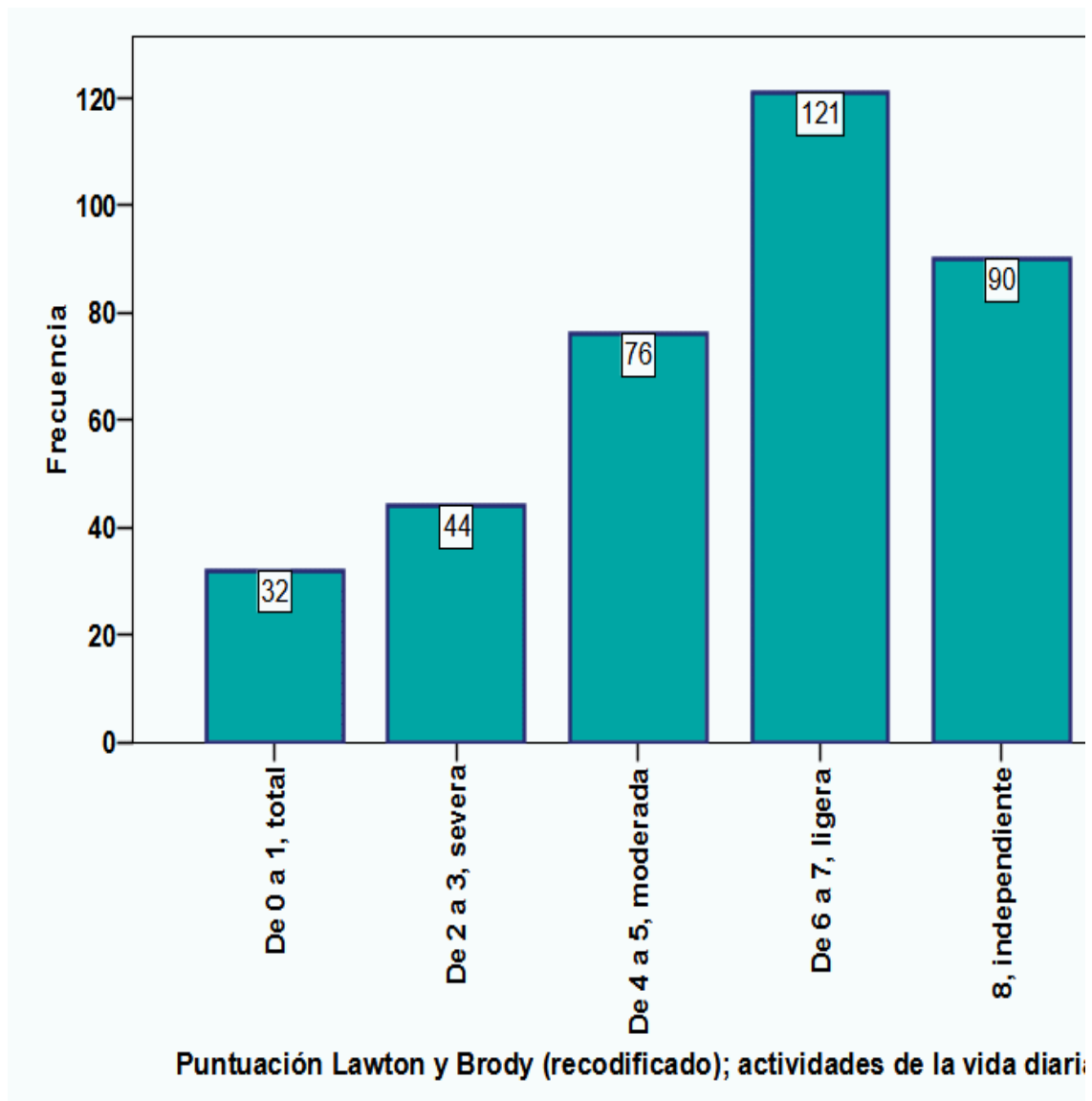


Figura 65. Figura de la variable “Puntuación Lawton y Brody: actividades de la vida diaria del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



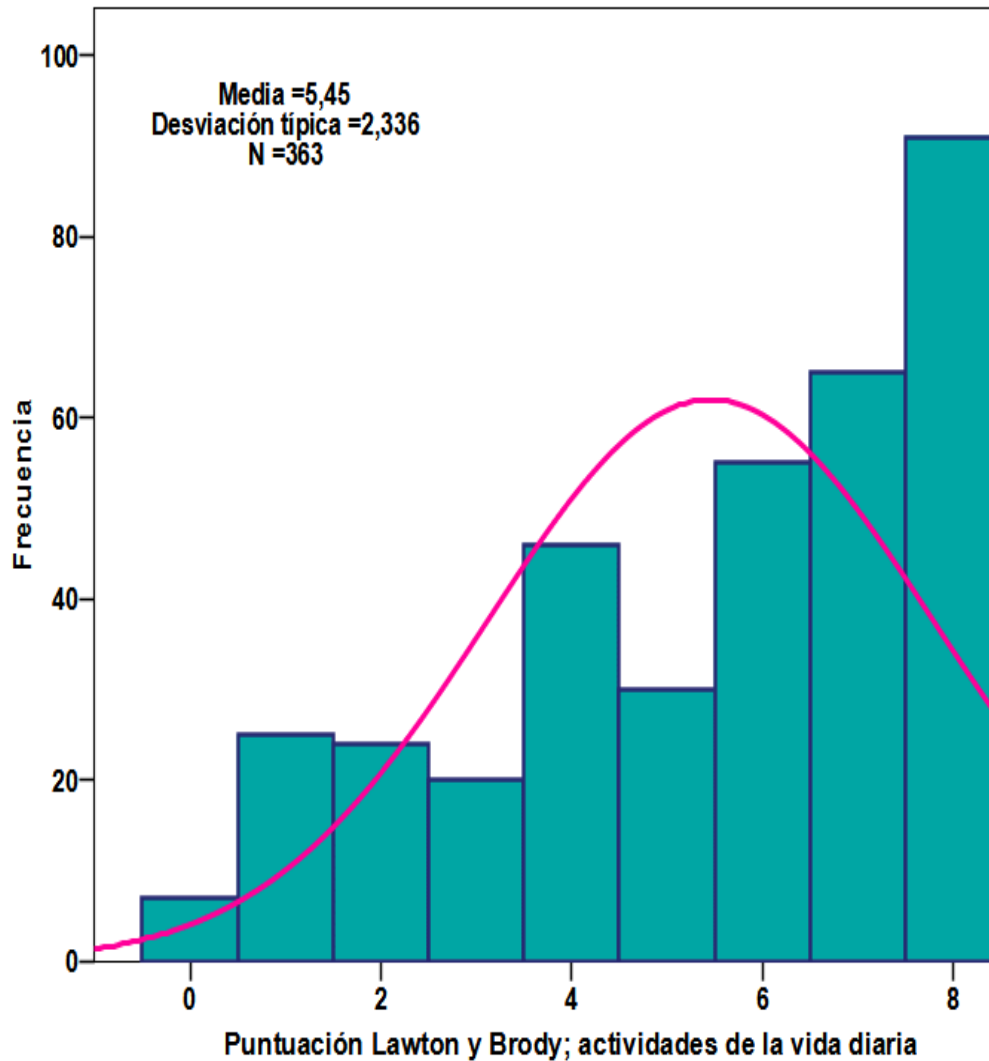


Figura 66. Figura de la variable “Puntuación Lawton y Brody: actividades de la vida diaria del paciente”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.22 ESCALA ECOG: AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

Un total de 125 participantes tienen un estado “Ecog 1” (34,2%), un total de 89 personas “Ecog 2” (24,4%), un total de 59 participantes un estado “Ecog 0” (16,2%), un total de 48 participantes con “Ecog 4” (13,2%) y un total de 40 participantes con un “Ecog 3” (11,0%) (Tabla 35)

La media que nos corresponde en la escala en puntuación es de 2,72 ( $\pm$  1,269) (Figura 68).

Hemos determinado a través del diagrama de caja o boxplot la consideración de los valores alejados identificados; tenemos en cuenta la distancia F.Spread y retiramos los valores alejados (Figura 69).

Hemos perdido por el sistema 2 participantes en el análisis (Tabla 35).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Ecog 0	59	16,2	16,3	16,3
	Ecog 1	125	34,2	34,4	50,7
	Ecog 2	89	24,4	24,5	75,2
	Ecog 3	40	11,0	11,0	86,2
	Ecog 4	48	13,2	13,2	99,4
	Ecog 5	2	,5	,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 35. Estadísticos descriptivos de la escala “Ecog: autonomía del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

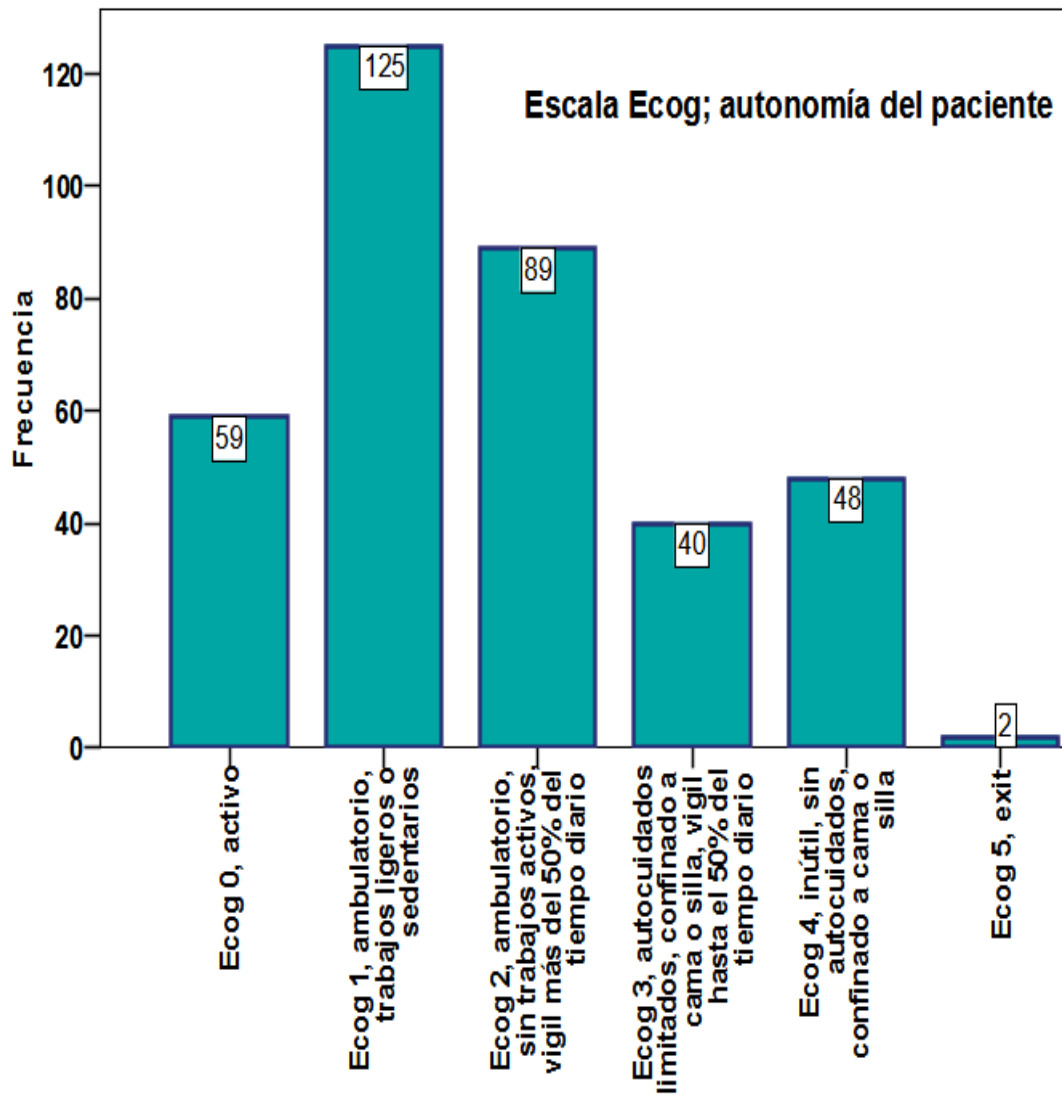


Figura 67. Figura de la variable “Escala Ecog; autonomía del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

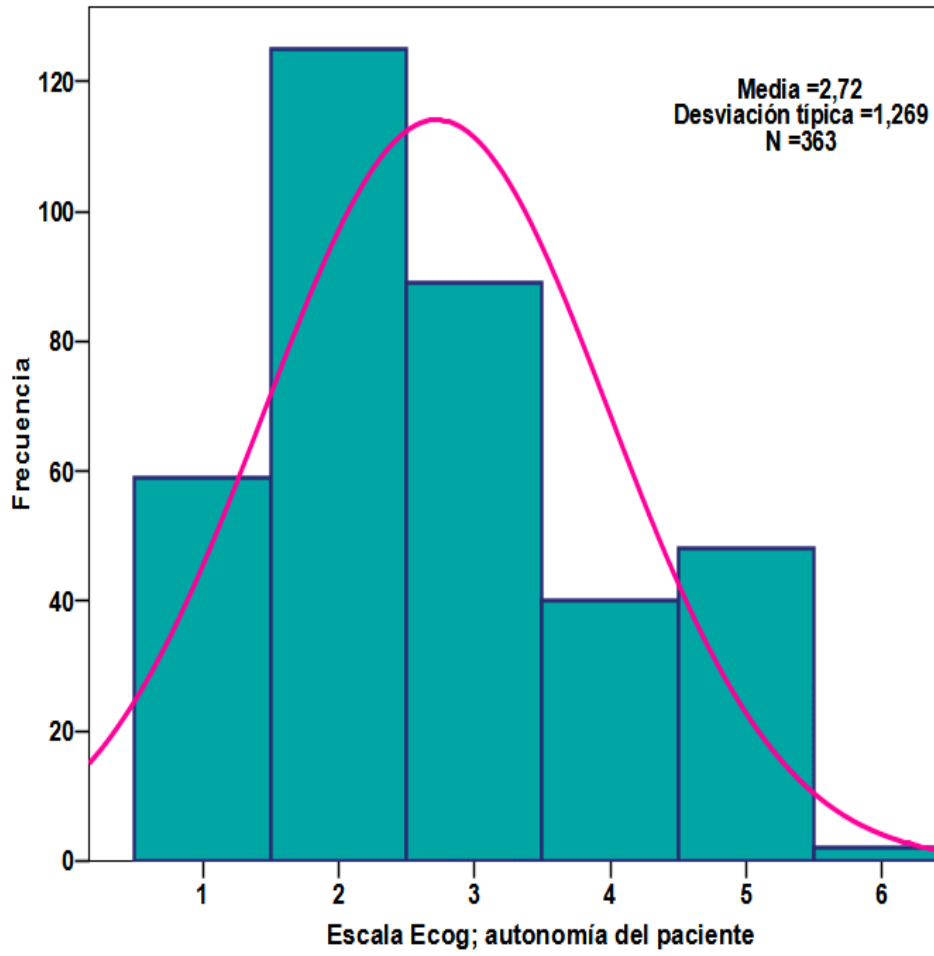


Figura 68. Figura de la variable “Escala Ecog; autonomía del paciente”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

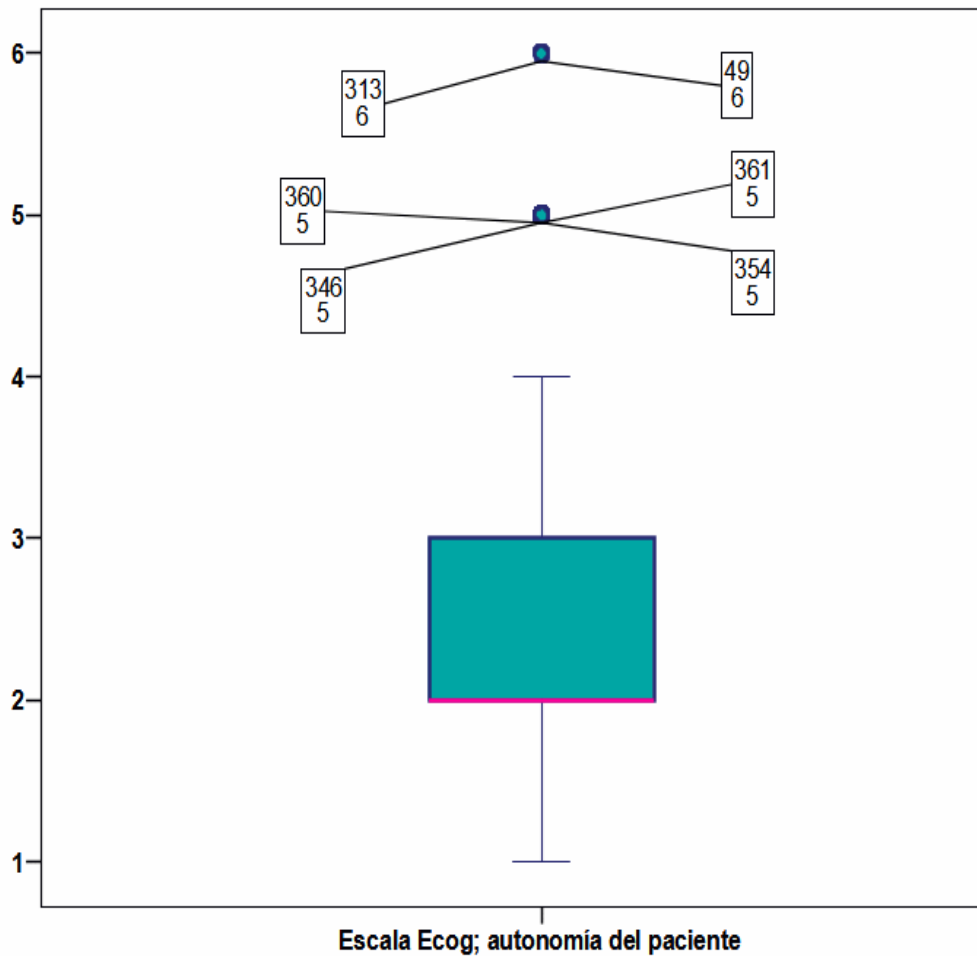


Figura 69. Bloxpot valores alejados variable Escala Ecog; autonomía del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.2.1.23 ESCALA ZARIT: SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

Un total de 240 personas han tenido una puntuación de “Hasta 46” correspondiente con una situación del cuidador principal sin sobrecarga en el cuidado del paciente (65,8%), un total de 74 de participantes han tenido una puntuación de “De 55 en adelante” correspondiente a una situación de cuidador principal con sobrecarga intensa en el cuidado (20,3%) seguido por última instancia de un total de 49 participantes con una puntuación de “De 46 hasta 55” correspondiente con una situación de sobrecarga ligera en el cuidado del paciente (13,4%) (Tabla 36).

La media de la sobrecarga del cuidador principal ha sido una puntuación de 32,38 ( $\pm$  24,334) para la muestra total de N=362 (Figura 71)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	240	65,8	66,1	66,1
	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	13,4	13,5	79,6
	De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	20,3	20,4	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 36. Estadísticos descriptivos de la escala “Zarit: sobrecarga del cuidador”. Fuente: Elaboración propia, 2022.

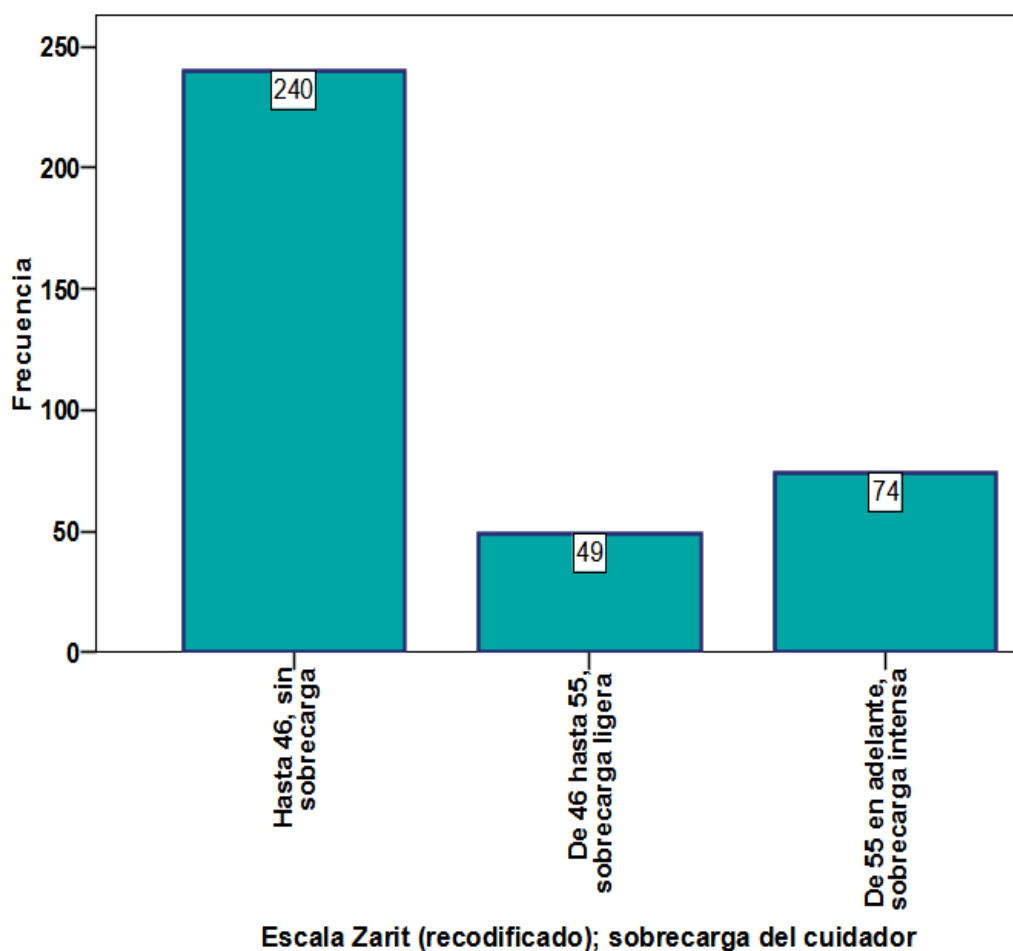


Figura 70. Figura de la variable Escala Zarit: sobrecarga del cuidador.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

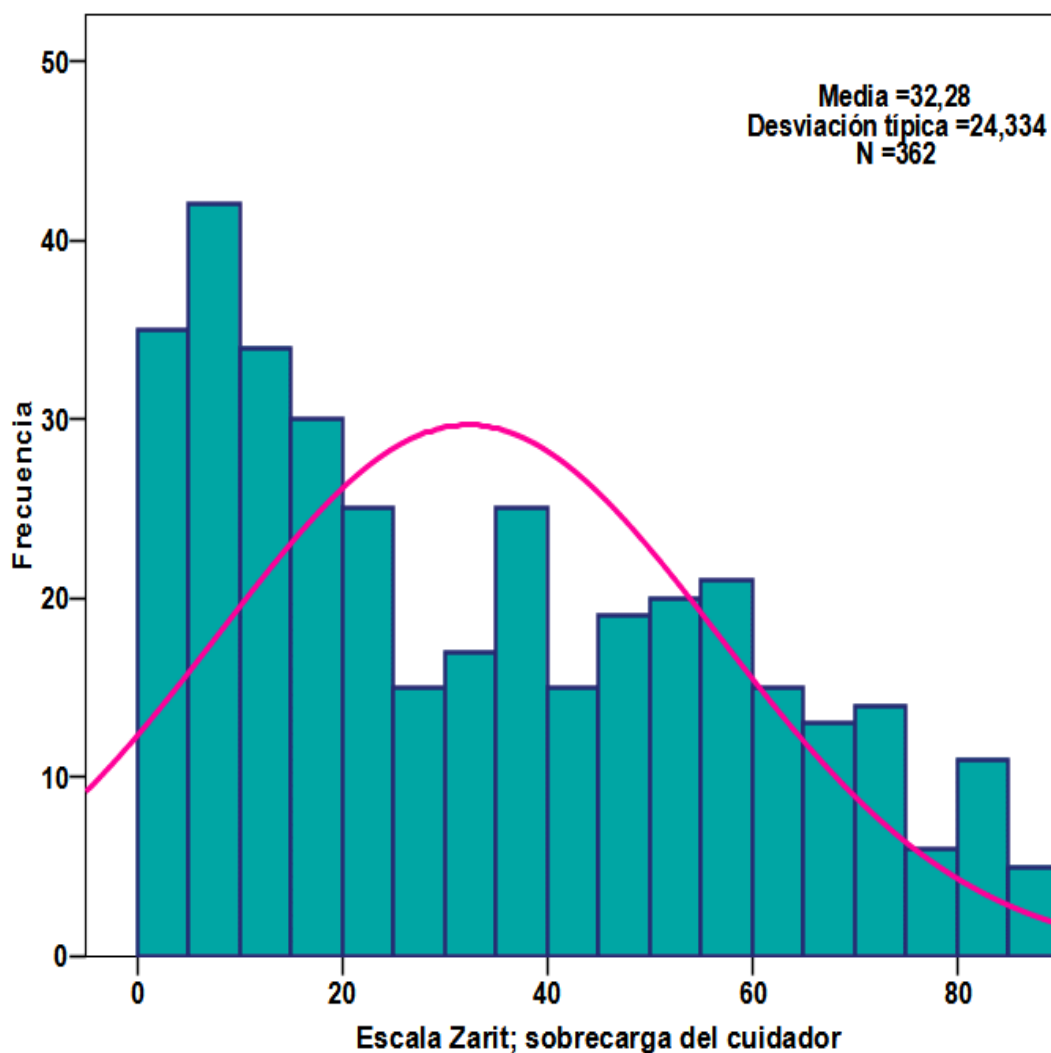


Figura 71. Figura de la variable Escala Zarit: sobrecarga del cuidador.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### **6.3 Estadística analítica.**

Las variables de estudio fueron analizadas por el estadístico de *Shapiro-Wilk* para conocer si seguían una *distribución normal* en cada caso y circunstancia determinando de esta manera el camino a seguir en adelante: vía

paramétrica (variables normales) o vía no paramétrica (variables no normales u ordinales).

La consideración estadística de las variables en función de su distribución ha sido: media y desviación estándar ( $m$  y  $s$ ) si tenemos variables normales, y mediana y amplitud intercuartil ( $M$  e  $IQR$ ) si tenemos variables no normales.

La prueba de normalidad del estadístico mencionado orientó mayor parte de los cálculos de variables de la muestra por vía *no paramétrica* ( $p < 0,05$ ) partiendo del hecho de que se realiza comparación o correlación de dos variables exceptuando cuando las dos variables sean normales.

Previo a la comparación entre las diferentes medias de las diferentes variables realizamos un estudio coherente para cerciorarnos de que todas las condiciones iniciales de las variables son semejantes evitando ventajas, desventajas o desniveles entre variables.

Para ello utilizamos la *Prueba U de Mann-Whitney* (para comparación de dos medias) o la *Prueba de Kruskal-Wallis* (para comparación de tres o más medias) habiendo igualdad de condiciones iniciales cuando  $p > 0,05$ .

La comparación de dos medias se resolverá en cada caso teniendo en cuenta:

- En la vía paramétrica: con el estadístico T-Student (tanto en medias repetidas como en grupos independientes).

- En la vía no paramétrica con el estadístico *U de Mann-Whitney* (grupos independientes) o la *Prueba T de Wilcoxon* (medidas repetidas).

Las comparaciones de tres o más medias se analizarán:

- En la vía no paramétrica con el estadístico *H de Kruskal-Wallis – ANOVA*, no paramétrico-, en situación de grupos independientes.



- En la vía no paramétrica con la prueba *Q de Friedman*, en situación de medidas repetidas.

Los resultados obtenidos se han expresado con el valor del estadígrafo con los valores *p* y aquellos datos que resultan más interesantes para la interpretación del resultado.

Las estadísticas de contraste han sido incluidas en su mayoría en el análisis para no perder veracidad en el proceso estadístico pudiendo sustraer también información en la posterior discusión independiente del resultado de prueba de normalidad ( $p < 0,005$  o  $p > 0,005$ ).

### 6.3.1 CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS GÉNERO.

Contrastamos variables económicas respecto del género; averiguamos si cada una de las variables en el hombre y la mujer se comporta de forma normal.

Estudiamos la normalidad, nos ha guiado hacia la vía paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que no existe ninguna significación ( $p > 0,05$ ).

Hemos obtenido que todas las ocho variables son estadísticamente iguales para hombres y para mujeres, no existen diferencias entre sexos en la correlación con los aspectos económicos (Tabla 37)

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	15961,000	,612
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	15911,000	,577
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1831,500	,674
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	8681,500	,068
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	3195,000	,373

<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	288,500	,600
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	6594,500	,443

Tabla 37. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Género.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.2 CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS LUGAR DE RESIDENCIA.

Contrastamos variables económicas respecto del lugar de residencia; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,05$ ) y en la variable “*Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente*” ( $p = 0,014$ ) (Tabla 38).

En relación con la primera variable, el rango promedio que la cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico es superior en el mundo urbano (192,03) que los ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico en el mundo rural (169,70) (Tabla 38).

En relación con la segunda variable, el rango nos dice que el gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente es mayor en la zona urbana (31,55) que en la zona rural (21,61) (Tabla 38).

Tenemos por tanto unos ingresos anuales anteriores al cáncer superiores en el mundo urbano que en el rural y un gasto extraordinario en ayuda a domicilio

y/o servicio de acompañamiento al paciente superior en el mundo urbano que en el rural.

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Lugar de residencia de paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	14295,000	<b>,039</b>	Urbano	200	192,03	38405,00
			Rural	163	169,70	27661,00
			Total	363		
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	14550,500	<b>,072</b>	Urbano	200	190,75	38149,50
			Rural	163	171,27	27916,50
			Total	363		
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1814,500	<b>,899</b>	Urbano	75	62,81	4710,50
			Rural	49	62,03	3039,50
			Total	124		
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	8695,000	<b>,171</b>	Urbano	156	140,76	21959,00
			Rural	118	133,19	15716,00
			Total	274		
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	3561,000	<b>,865</b>	Urbano	95	85,48	8121,00
			Rural	76	86,64	6585,00
			Total	171		
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	222,500	<b>,014</b>	Urbano	32	31,55	1009,50
			Rural	22	21,61	475,50
			Total	54		
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	6655,500	<b>,845</b>	Urbano	97	119,39	11580,50
			Rural	139	117,88	16385,50
			Total	236		

Tabla 38. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Lugar de residencia de paciente. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.3 CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS NIVEL DE ESTUDIOS.

Contrastamos variables económicas respecto del nivel de estudios; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiamos la normalidad teniendo en cuenta que, en esta ocasión, la variable cuenta con tres niveles diferentes a estudio (“Sin estudios/Estudios primarios, “Estudios secundarios” y “Estudios superiores”); procedemos a comparar por tanto tres o más medias.

Nos encontramos de la misma forma en vía no paramétrica ( $p < 0,05$ ) pero en comparación de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe mucha significación en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar antes del diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,001$ ) como en la variable” *Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” (después de cáncer) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 39).

Existe también significación en la variable “*Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente*” ( $p = 0,003$ ) y *tendencia a la significación* en la variable “*Gastos extraordinarios en el último año en adaptación a la vivienda o traslado al hospital*” ( $p = 0,012$ ) (Tabla 39).

La prueba nos refleja que el nivel de estudios infiere diferencias en función del nivel de estudios que tenga en la cuantía de ingresos que perciben antes del diagnóstico y después del diagnóstico.

También el nivel de estudios genera diferencias en cuanto al gasto extraordinario en ayuda a domicilio y en el gasto extraordinario en adaptación a la vivienda y traslado a hospital.

La mayor significación se encuentra en las dos primeras variables; menos en las dos posteriores.

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	55,772	2	<b>,000</b>
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	55,727	2	<b>,000</b>
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	4,420	2	<b>,110</b>
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	3,769	2	<b>,152</b>
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	2,313	2	<b>,315</b>
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	11,718	2	<b>,003</b>
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	8,882	2	<b>,012</b>

Tabla 39. Prueba de H de Kruskal-Wallis. Variable de agrupación: Nivel de estudios.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La prueba nos indica que existe esa diferencia y significación contundente, pero sin indicarnos en función de que nivel de estudios existen estas diferencias, por lo tanto, tenemos que analizar si existen en cuanto a personas con “Sin estudios/Estudios primarios”, con “Estudios secundarios” ó en cuanto a personas con “Estudios superiores”.

Analizamos por tanto dicha situación.

### 6.3.3.1 CONTRASTE INGRESOS DESPUÉS CÁNCER VS NIVEL DE ESTUDIOS

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué nivel de estudios y correlacionado con la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal (después del diagnóstico), utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles de estudios, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 40 ), rango 1-3 (Tabla 41) y rango 2-3 (Tabla 42).

El primer contraste que abordamos es el grupo 1 vs grupo 2, es decir, “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios secundarios” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que existe significación en el contraste ( $p=0,018$ ) (Tabla 40).

Observando el rango promedio de la tabla vemos como tienen más ingresos a través del valor los que tienen “Estudios secundarios” (159,83) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (135,76) (Tabla 40).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	7421,500	<b>,018</b>	Sin estudios/estudios primarios	194	135,76	26336,50
			Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	92	159,83	14704,50
			Total	286		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 40. Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios secundarios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios superiores” correlacionando con la misma variable nos refleja que hay mucha significación en el contraste ( $p<0,001$ ) (Tabla 41).

Con el rango promedio observamos como tienen más ingresos los que tienen “Estudios superiores” (191,49) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (113,97) (Tabla 41).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	3196,000	,000	Sin estudios/estudios primarios	194	113,97	22111,00
			Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	77	191,49	14745,00
			Total	271		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 41. Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, es decir, grupo “Estudios secundarios” vs “Estudios superiores” nos refleja que hay también mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 42).

El rango promedio nos dice que tienen más ingresos los que tienen “Estudios superiores” (102,80) que los que tienen “Estudios secundarios” (70,10) (Tabla 42).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	2171,500	,000	Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	92	70,10	6449,50
			Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	77	102,80	7915,50
			Total	169		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 42. Estadísticos de Contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la significación de las tablas y rangos como los que tienen “Estudios superiores” ganan más que los que tienen “Estudios secundarios” y estos a su vez que los que tienen “Sin estudios/Estudios primarios”.

La cuantía de ingresos anuales después del cáncer es mayor cuanto mayor es el nivel de estudios que tiene la muestra.

### 6.3.3.2 CONTRASTE INGRESOS ANTES DEL CÁNCER VS NIVEL DE ESTUDIOS

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación a qué nivel de estudios y la cuantía de ingresos anuales netos del hogar antes del diagnóstico, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles de estudios, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 43), rango 1-3 (Tabla 44) y rango 2-3 (Tabla 45).

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios secundarios” nos refleja que existe significación en el contraste ( $p < 0,05$ ) (Tabla 43).

Con el rango promedio observamos como tienen más ingresos los que tienen “Estudios secundarios” (164,25) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (133,66) (Tabla 43).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	7015,000	,003	Sin estudios/estudios primarios	194	133,66	25930,00
			Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	92	164,25	15111,00
			Total	286		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios



Tabla 43. Estadísticos de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios secundarios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios superiores” nos refleja que hay mucha significación en el contraste ( $p < 0,001$ ) (Tabla 44).

El rango promedio nos indica como tienen más ingresos los que tienen “Estudios superiores” (191,49) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (114,05) (Tabla 44).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	3211,500	,000	Sin estudios/estudios primarios	194	114,05	22126,50
			Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	77	191,29	14729,50
			Total	271		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 44. Estadísticas de contraste simple “Sin estudios/estudios primarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, es decir, grupo “Estudios secundarios” vs “Estudios superiores” nos refleja que hay también mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 45).

En el rango promedio observamos como tienen más ingresos los que tienen “Estudios superiores” (100,19) que los que tienen “Estudios secundarios” (72,29) (Tabla 45).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	2372,500	,000	Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	92	72,29	6650,50
			Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	77	100,19	7714,50
			Total	169		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 45. Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la significación y los rangos que los que tienen por tanto “Estudios superiores” ganan más que los que tienen “Estudios secundarios” y éstos, a su vez, ganan más que los que tienen “Sin estudios/Estudios primarios” en cuanto a la cuantía de los ingresos antes del diagnóstico de cáncer.

Tienen por tanto mayores ingresos anuales antes del cáncer aquella muestra que mayor nivel de estudios tiene.

### 6.3.3.3 CONTRASTE GASTOS EXTRAORDINARIO ULTIMO AÑO AYUDA A DOMICILIO Y/O SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTE VS NIVEL DE ESTUDIOS

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia en la significación en relación con qué nivel de estudios y el gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente utilizamos de la misma forma contrastes simples comparando los diferentes niveles de estudios, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 46), rango 1-3 (Tabla 47) y rango 2-3 (Tabla 48).

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios secundarios” nos refleja que hay significación en el contraste ( $p=0,017$ ) (Tabla 46).

Viendo el rango promedio observamos como tienen más gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente los que tienen “Estudios secundarios” (31) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (20,71) (Tabla 46).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	95,000	<b>,017</b>	Sin estudios/estudios primarios	35	20,71	725,00
			Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	10	31,00	310,00
			Total	45		

c Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 46. Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios superiores” nos refleja que hay significación en el contraste ( $p=0,002$ ) (Tabla 47).

Viendo el rango promedio observamos como tienen mayor gasto los que tienen “Estudios superiores” (32,72) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (19,87) (Tabla 47).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en</b>	65,500	<b>,002</b>	Sin estudios/estudios primarios	3	19,87	695,5
				5		0

<b>ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	Estudios superiores (Universitarios/FP Superior)	9	32,72	294,50
	Total	4		
		4		

c Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 47. Estadísticos de contraste simple “Estudios superiores” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, es decir, grupo “Estudios secundarios” vs “Estudios superiores” no hay significación, son iguales en gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente (Tabla 48).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Nivel de estudios</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	37,000	,571	Estudios secundarios (Bachiller/FP Medio)	10	9,20	92,00
			Estudios superiores (Universitarios/FP Superior)	9	10,89	98,00
			Total	19		

c Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 48. Estadísticas de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La significación de las tablas junto a los rangos nos indica que a mayor nivel de estudios el gasto extraordinario en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente es superior; existiendo una igualdad estadística en el gasto entre los que tienen “Estudios secundarios” y los que tienen “Estudios superiores”.

#### 6.3.3.4 GASTOS EXTRAORDINARIO ULTIMO AÑO EN TRASLADOS AL HOSPITAL VS NIVEL DE ESTUDIO.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia en la significación en relación con qué nivel de estudios y gasto extraordinario en el último año en traslado al hospital utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles de estudios, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 49), rango 1-3 (Tabla 50) y rango 2-3 (Tabla 4515).

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios secundarios” nos refleja que hay significación en el contraste ( $p=0,016$ ) (Tabla 49).

Con el rango observamos como tienen más gasto extraordinario en traslados a hospital los que tienen “Estudios secundarios” (115,21) que los que tienen “Sin estudios/estudios primarios” (96,05) (Tabla 49).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	3577,500	<b>,016</b>	Sin estudios/estudios primarios	140	96,05	13447,50
			Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	63	115,21	7258,50
			Total	203		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 49. Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Sin estudios/estudios primarios” vs “Estudios superiores” nos refleja no hay significación, son completamente iguales estadísticamente (Tabla 50).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario</b>	2107,000	<b>,336</b>	Sin estudios/estudios primarios	140	88,45	12383,00

en el último año en traslados al hospital	Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	33	80,85	2668,00
	Total	173		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 50. Estadísticos de contraste simple “Estudios superiores” con “Sin estudios/estudios primarios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, es decir, grupo “Estudios secundarios” vs “Estudios superiores” nos refleja que hay significación en el contraste ( $p=0,012$ ) (Tabla 51).

Viendo el rango promedio observamos como tienen más gasto los que tienen “Estudios secundarios” (53,12) que los que tienen Estudios Superiores” (39,68) (Tabla 51).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	748,500	,012	Estudios secundarios (Bachiller/FPMedio)	63	53,12	3346,50
			Estudios superiores (Universitarios/FPSuperior)	33	39,68	1309,50
			Total	96		

b Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 51. Estadísticos de contraste simple “Estudios secundarios” con “Estudios superiores”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos como existe más gasto extraordinario en el último año en adaptación a la vivienda o traslado al hospital en aquella muestra que tiene mayor nivel de estudios con la salvedad de que existe el mismo gasto en la muestra “Sin estudios/Estudios primarios” vs “Estudios superiores”.

Tienen mayor gasto en adaptación vivienda o traslados quienes tienen estudios secundarios que superiores o que sin estudios/estudios primarios.

### 6.3.4 CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

Contrastamos variables económicas respecto del estado civil del paciente.

Estudiamos la normalidad teniendo en cuenta que contamos con varios niveles diferentes de estado civil del paciente, tenemos que comparar más medias.

Nos encontramos con vía no paramétrica tres o más medias utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe mucha significación en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar antes del diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,001$ ) como en la variable” *Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” (después de cáncer) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 52).

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	21,894	3	<b>,000</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	19,415	3	<b>,000</b>
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	1,701	3	<b>,637</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	2,565	3	<b>,464</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	4,191	3	<b>,242</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	6,995	3	<b>,072</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	3,638	3	<b>,303</b>

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 52. Prueba de H de Kruskal-Wallis. Variable de agrupación: Estado civil del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La prueba por tanto nos dice que el estado civil del paciente genera diferencias en la cuantía de ingresos que tienen antes del diagnóstico y en cuanto a la cuantía de ingresos que tienen después del diagnóstico.

Nos indica que existe diferencia, pero sin indicarnos en función de que estado civil de la persona existe esa diferencia.

Analizamos por tanto dicha situación.

#### 6.3.4.1 CONTRASTE INGRESOS ANTES DEL CÁNCER VS ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué estado civil de la persona, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, es decir, grupo “Soltero” vs “Casado,” nos refleja que hay mucha significación en el contraste ( $p=0,001$ ) (Tabla 53).

El rango promedio nos dice que tienen más ingresos aquellos que se encuentran casados (150,20) en detrimento de los solteros (108,92) (Tabla 53).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	4342,000	,001	Soltero	53	108,92	5773,00
			Casado	231	150,20	34697,00
			Total	284		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente.



Tabla 53. Estadístico de contraste simple “Soltero” con “Casado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Soltero” vs “Separado y Divorciado” nos refleja no hay significación, son estadísticamente iguales (Tabla 54).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estado civil del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	1018,000	<b>,739</b>	Soltero	53	46,21	2449,00
			Separado y divorciado	40	48,05	1922,00
			Total	93		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 54. Estadísticos de contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 1 vs grupo 4, es decir, grupo “Soltero” vs “Viudo” nos refleja que no hay significación, son estadísticamente iguales (Tabla 55).

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estado civil del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	1027,500	<b>,965</b>	Soltero	53	46,61	2470,50
			Viudo	39	46,35	1807,50
			Total	92		

Tabla 55. Estadísticos de contraste simple “Soltero” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el cuarto contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Casado” vs “Separado y divorciado” nos refleja que existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 56).

Viendo rango promedio la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a estado civil de paciente casado (141,02) que si se encuentra separado y divorciado (107,03) (Tabla 56).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	3461,000	,009	Casado	231	141,02	32575,00
			Separado y divorciado	40	107,03	4281,00
			Total	271		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 56. Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el quinto contraste, grupo 2 vs grupo 4, grupo “Casado” vs “Viudo” nos refleja que existe mucha significación ( $p=0,001$ ) (Tabla 57).

Vemos en el rango promedio que la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a estado civil de paciente casado (141,69) que si es viudo (98,86) (Tabla 57)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	3075,500	,001	Casado	231	141,69	32729,50
			Viudo	39	98,86	3855,50
			Total	270		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 57. Estadísticos de contraste simple “Casado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el sexto contraste, grupo 3 vs grupo 4, grupo “Separado y divorciado” vs “Viudo” no existen diferencias, son estadísticamente iguales (Tabla 58)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	745,500	,726	Separado y divorciado	40	40,86	1634,50
			Viudo	39	39,12	1525,50
			Total	79		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 58. Estadísticos de Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

En todas las comparativas el estado civil “casado” se relaciona con mayor cuantía, siendo todos los demás estadísticamente iguales entre sí.

#### 6.3.4.2 CONTRASTE INGRESOS DESPUÉS DEL CÁNCER VS ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué estado civil de la persona, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, es decir, grupo “Soltero” vs “Casado,” nos refleja que hay mucha significación en el contraste ( $p=0,001$ ) (Tabla 59).

Con el rango promedio observamos como tienen más ingresos durante el último año fiscal quienes se encuentran casados (149,68) en detrimento de los solteros (111,21) (Tabla 59).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	4463,000	,001	Soltero	53	111,21	5894,00
			Casado	231	149,68	34576,00
			Total	284		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 59. Estadística de contraste simple “Soltero” con “Casado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Soltero” vs “Separado y Divorciado” no hay significación, son iguales estadísticamente (Tabla 60).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	1056,000	,977	Soltero	53	47,08	2495,00
			Separado y divorciado	40	46,90	1876,00
			Total	93		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 60. Estadísticas de contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 1 vs grupo 4, es decir, grupo “Soltero” vs “Viudo” también nos refleja que no hay significación, son iguales estadísticamente (Tabla 61)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	1001,000	,792	Soltero	53	45,89	2432,00
			Viudo	39	47,33	1846,00
			Total	92		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 61. Estadísticas de Contraste simple “Soltero” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el cuarto contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Casado” vs “Separado y divorciado” nos refleja que existe significación ( $p=0,005$ ) (Tabla 56).

Viendo el rango promedio la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a estado civil de paciente casado (141,47) que si se encuentra separado y divorciado (104,41) (Tabla 62).

	U de Mann-Whitney	Monte Carlo (bilateral)Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	3356,500	<b>,005</b>	Casado	231	141,47	32679,50
			Separado y divorciado	40	104,41	4176,50
			Total	271		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 62. Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el quinto contraste, grupo 2 vs grupo 4, grupo “Casado” vs “Viudo” nos refleja que existe mucha significación ( $p=0,007$ ) (Tabla 63).

La cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a estado civil de paciente casado (140,76) que si se viudo (104,33) (Tabla 63).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar	3289,000	<b>,007</b>	Casado	231	140,76	32516,00
			Viudo	39	104,33	4069,00
			Total	270		

durante último  
año fiscal

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 63. Contraste simple “Casado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el sexto contraste, grupo 3 vs grupo 4, grupo “Separado y divorciado” vs “Viudo” no existen diferencias (Tabla 64)

	U de Mann- Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Estado civil del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	735,500	,650	Separado y divorciado	40	38,89	1555,50
			Viudo	39	41,14	1604,50
			Total	79		

b Variable de agrupación: Estado civil del paciente

Tabla 64. Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

La significación de las tablas junto a los rangos no da la indicación de que cuando la muestra se encuentra en estado civil “casado”, aumenta el nivel de ingresos.

### 6.3.5 CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS PROFESIÓN DEL PACIENTE

Contrastamos variables económicas respecto de la profesión del paciente; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe mucha significación en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar antes del diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,001$ ) como en la variable” *Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” (después de cáncer) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 65)

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	24,938	3	,000
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	23,672	3	,000
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	3,005	3	,391
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	4,229	3	,238
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	,816	3	,846
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	1,480	3	,687
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	1,544	3	,672

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 65. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Profesión del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.5.1 CONTRASTE INGRESOS ANTES DEL CÁNCER VS PROFESIÓN DEL PACIENTE

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con la profesión del paciente, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “Activo laboral por cuenta ajena,” nos refleja que no existe significación, son estadísticamente iguales (Tabla 66).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	2112,000	,395	Activo laboral por cuenta propia	35	78,34	2742,00
			Activo laboral por cuenta ajena	133	86,12	11454,00
			Total	168		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 66. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Activo laboral por cuenta ajena”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “No activo laboral” existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 67)

Viendo el rango promedio observamos como la cuantía de ingresos antes del diagnóstico es mayor con una situación de profesión de paciente “Activo laboral por cuenta propia” (53,91) que “No activo laboral” (38,28) (Tabla 67).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	598,000	<b>,003</b>	Activo laboral por cuenta propia	35	53,91	1887,00
			No activo laboral	53	38,28	2029,00
			Total	88		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 67. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “No activo laboral”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 1 vs grupo 4, es decir, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “Otro” nos refleja que no hay significación, son completamente iguales (Tabla 68)



	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	2323,500	,547	Activo laboral por cuenta propia	35	93,61	3276,50
			Otro	142	87,86	12476,50
			Total	177		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 68. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el cuarto contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Activo laboral por cuenta ajena” vs “No activo laboral” nos refleja que existe mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 69).

Viendo rango promedio la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a paciente “Activo por cuenta ajena” (104,84) que si se encuentra “No activo laboral” (53) (Tabla 69).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	2016,000	,000	Activo laboral por cuenta ajena	133	104,84	13944,00
			No activo laboral	53	65,04	3447,00
			Total	186		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 69. Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “No activo laboral”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el quinto contraste, grupo 2 vs grupo 4, grupo “Activo laboral por cuenta ajena” vs “Otro” nos refleja que existe significación ( $p = 0,011$ ) (Tabla 70).

El rango promedio nos indica que la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a paciente “Activo Laboral por cuenta ajena” (149,98) que “Otro” (126,78) (Tabla 70)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	7849,500	,011	Activo laboral por cuenta ajena	133	149,98	19947,50
			Otro	142	126,78	18002,50
			Total	275		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 70. Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el sexto contraste, grupo 3 vs grupo 4, grupo “No activo laboral” vs “Otro” existe mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 71).

El rango nos indica que la cuantía de ingresos antes de diagnóstico es mayor en cualquier diversidad de profesión de paciente “Otro” (106,46) antes que “No activo laboral” (75,34) (Tabla 71)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	2562,000	,000	No activo laboral	53	75,34	3993,00
			Otro	142	106,46	15117,00
			Total	195		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 71. Contraste simple “No activo laboral” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la significación y rangos promedios de las tablas como no existen grandes diferencias entre si el paciente se encuentra “Activo por cuenta propia” o “Activo por cuenta ajena”.

Las diferencias existen cuando cruzamos estas dos variables dichas con las demás variables, existe significación y por tanto diferencias en el nivel de ingresos anuales.

### 6.3.5.2 CONTRASTE INGRESOS DESPUÉS DEL CÁNCER VS PROFESIÓN DEL PACIENTE

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la presente variable, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “Activo laboral por cuenta ajena,” nos refleja que no existe significación, son estadísticamente iguales (Tabla 72).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Profesión del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	2019,000	,223	Activo laboral por cuenta propia	35	75,69	2649,00
			Activo laboral por cuenta ajena	133	86,82	11547,00
			Total	168		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 72. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Activo laboral por cuenta ajena”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “No activo laboral” existe significación ( $p=0,015$ ) (Tabla 73).

Viendo el rango observamos como la cuantía de ingresos después del diagnóstico es mayor con una situación de profesión de paciente “Activo laboral por cuenta propia” (52,37) que “No activo laboral” (39,30) (Tabla 73).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	652,000	,015	Activo laboral por cuenta propia	35	52,37	1833,00
			No activo laboral	53	39,30	2083,00
			Total	88		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 73. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “No activo laboral”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste, grupo 1 vs grupo 4, es decir, grupo “Activo laboral por cuenta propia” vs “Otro” nos refleja que no hay significación, son completamente iguales (Tabla 74)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	2310,500	,513	Activo laboral por cuenta propia	35	84,01	2940,50
			Otro	142	90,23	12812,50
			Total	177		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 74. Contraste simple “Activo laboral por cuenta propia” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el cuarto contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Activo laboral por cuenta ajena” vs “No activo laboral” nos refleja que existe mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 75).

Viendo el rango promedio la cuantía de ingresos es mayor si nos referimos a paciente “Activo por cuenta ajena” (104,56) que si se encuentra “No activo laboral” (65,75) (Tabla 75)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	2053,500	,000	Activo laboral por cuenta ajena	133	104,56	13906,50
			No activo laboral	53	65,75	3484,50
			Total	186		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 75. Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “No activo laboral”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el quinto contraste, grupo 2 vs grupo 4, grupo “Activo laboral por cuenta ajena” vs “Otro” nos refleja que no existe significación, que son estadísticamente iguales (Tabla 76)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	8610,000	,196	Activo laboral por cuenta ajena	133	144,26	19187,00
			Otro	142	132,13	18763,00
			Total	275		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 76. Contraste simple “Activo laboral por cuenta ajena” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el sexto contraste, grupo 3 vs grupo 4, grupo “No activo laboral” vs “Otro” existe mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 77).

La cuantía de ingresos antes de diagnóstico es mayor en cualquier diversidad de profesión de paciente “Otro” (108,16) antes que “No activo laboral” (70,77) (Tabla 77)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Profesión del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	2320,000	,000	No activo laboral	53	70,77	3751,00
			Otro	142	108,16	15359,00
			Total	195		

b Variable de agrupación: Profesión del paciente

Tabla 77. Contraste simple “No activo laboral” con “Otro”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la significación y rangos promedios de las tablas como no existen grandes diferencias entre si el paciente se encuentra “Activo por cuenta propia” o “Activo por cuenta ajena”.

Las diferencias existen cuando cruzamos estas dos variables dichas con las demás variables, existe significación y por tanto diferencias en el nivel de ingresos anuales después del cáncer.

No existen diferencias si correlacionamos “Activo por cuenta propia” con “Otro” ó “Activo por cuenta ajena” con “Otro”, siendo esto algo significativo.

### 6.3.6. CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS EDAD CUIDADOR.

Contrastamos variables económicas respecto de la edad del cuidador principal; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 78).

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Edad cuidador principal del paciente (dos categorías, Med=58 años)	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	13811,000	<b>,736</b>	Hasta 58 años	164	166,71	27341,00
			58 años o superior	172	170,20	29275,00
			Total	336		
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	12805,000	<b>,135</b>	Hasta 58 años	164	160,58	26335,00
			58 años o superior	172	176,05	30281,00
			Total	336		
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1160,500	<b>,032</b>	Hasta 58 años	73	62,10	4533,50
			58 años o superior	41	49,30	2021,50
			Total	114		
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	7639,500	<b>,736</b>	Hasta 58 años	133	130,56	17364,50
			58 años o superior	121	124,14	15020,50
			Total	254		
Gasto extraordinario en	2984,000	<b>,135</b>	Hasta 58 años	77	82,25	6333,00

el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica			58 años o superior	82	77,89	6387,00
			Total	159		
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	299,500	,032	Hasta 58 años	28	25,20	705,50
			58 años o superior	22	25,89	569,50
			Total	50		
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	6153,500	,239	Hasta 58 años	109	111,45	12148,50
			58 años o superior	113	111,54	12604,50
			Total	222		

a Variable de agrupación: Edad cuidador principal del paciente (dos categorías, Med=58 años)

Tabla 78. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Edad cuidador principal del paciente y Rango promedio. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El rango promedio que la variación de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en pacientes de hasta 58 años (62,10) siendo menor esa variación en los pacientes de 58 años o superior (49,30) (Tabla 78)

### 6.3.6. CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS GÉNERO CUIDADOR.

Contrastamos variables económicas respecto del género del cuidador principal; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “*Cuantía de ingresos anuales*”



netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer” ( $p < 0,05$ ) y “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal” (después de diagnóstico) ( $p < 0,05$ ) (Tabla 79).

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Género cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	10879,500	<b>,042</b>	Hombre	112	183,36	20536,50
			Mujer	224	161,07	36079,50
			Total	336		
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	10864,500	<b>,040</b>	Hombre	112	183,50	20551,50
			Mujer	224	161,00	36064,50
			Total	336		
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1167,000	<b>,518</b>	Hombre	30	60,60	1818,00
			Mujer	84	56,39	4737,00
			Total	114		
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	7099,000	<b>,900</b>	Hombre	84	127,01	10669,00
			Mujer	170	127,74	21716,00
			Total	254		
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	2684,000	<b>,221</b>	Hombre	61	75,00	4575,00
			Mujer	98	83,11	8145,00
			Total	159		

<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	284,500	<b>,740</b>	Hombre	20	24,73	494,50
			Mujer	30	26,02	780,50
			Total	50		
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	4881,500	<b>,291</b>	Hombre	69	117,25	8090,50
			Mujer	153	108,91	16662,50
			Total	222		

Tabla 79. Contrastes. Variable de agrupación: Género cuidador principal del paciente. Rangos. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.7. CONTRASTE VARIABLES ECONÓMICAS VS PARENTESCO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

Contrastamos variables económicas respecto del parentesco del cuidador principal; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Estudiamos la normalidad teniendo en cuenta que en esta ocasión contamos con una variable de tres niveles diferentes de estudios, tenemos que comparar por tanto tres o más medias.

Nos encontramos de la misma forma en vía no paramétrica, pero en comparación de tres o más medias; utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer*” ( $p=0,008$ ) y “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” (después de diagnóstico) ( $p=0,005$ ) (Tabla 80).

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	9,779	2	<b>,008</b>
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	10,473	2	<b>,005</b>
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1,503	2	<b>,472</b>
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	1,049	2	<b>,592</b>
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	,874	2	<b>,646</b>
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	1,906	2	<b>,386</b>
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	,018	1	<b>,893</b>

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 80 Contrastes. Variable de agrupación: Parentesco del cuidador principal del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

La prueba nos dice que el parentesco del cuidador principal del paciente genera diferencias en la cuantía de ingresos que tienen antes del diagnóstico y en cuanto a la cuantía de ingresos que tienen después del diagnóstico.

Nos indica que existe diferencia, pero sin indicarnos en función de que parentesco de la persona existe esa diferencia.

Analizamos por tanto dicha situación.

### 6.3.7.1 CUANTÍA INGRESOS ANTES DE DIAGNÓSTICO VS PARENTESCO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la presente variable, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 81), rango 1-3 (Tabla 82), rango 2-3 (Tabla 83).

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, grupo “Primer Grado” vs “Segundo Grado,” nos refleja que existe significación ( $p=0,004$ ) (Tabla 81).

En el rango promedio vemos que hay mayor cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante antes del diagnóstico en grado parentesco de cuidador de paciente primer grado (170,16) en detrimento del segundo grado de parentesco (109,48) (Tabla 81).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Grado parentesco del cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	1979,500	004	Primer grado	312	170,16	53088,50
			Segundo grado	20	109,48	2189,50
			Total	332		

b Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 81. Contraste simple “Primer Grado” con “Segundo Grado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Primer grado” vs “Cuidador contratado”, no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 82).

U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)Sig.	Grado parentesco del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
-------------------	----------------------------------	-------------------------------	---	----------------	----------------

Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	247,500 ,180		principal del paciente			
			Primer grado	312	158,71	49516,50
			Cuidador contratado	3	84,50	253,50
			Total	315		

b Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 82. Contraste simple “Primer grado” con “Cuidador contratado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Segundo grado” vs “Cuidador contratado” nos refleja que no existe significación (Tabla 83).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Grado parentesco del cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico	29,000	,978	Segundo grado	20	12,05	241,00
			Cuidador contratado	3	11,67	35,00
			Total	23		

c Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 83. Contraste simple “Segundo grado” con “Cuidador contratado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos como a nivel de muestra “N” la mayor parte, por no indicar todos, son cuidadores que corresponden con primer grado, siendo complejo analizar de otra forma la significación, aunque la indicamos en este apartado.

### 6.3.7.2 CUANTÍA INGRESOS DESPUÉS DE DIAGNÓSTICO VS PARENTESCO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la presente variable, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos; rango 1-2 (Tabla 84), rango 1-3 (Tabla 85), rango 2-3 (Tabla 86).

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, grupo “Primer Grado” vs “Segundo Grado,” nos refleja que existe significación ( $p=0,018$ ) (Tabla 84).

En el rango promedio vemos que hay mayor cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal en grado parentesco de cuidador de paciente primer grado (169,62) en detrimento del segundo grado de parentesco (117,80) (Tabla 84).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Grado parentesco del cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	2146,000	<b>,018</b>	Primer grado	312	169,62	52922,00
			Segundo grado	20	117,80	2356,00
			Total	332		

b Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 84. Contraste simple “Primer Grado” con “Segundo Grado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Primer grado” vs “Cuidador contratado”, existe significación ( $p<0,05$ ) viendo como el rango promedio es mucho mayor para primer grado (159,09) que para cuidador contratado (44,50) (Tabla 85).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Grado parentesco del cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
		<b>,022</b>	Primer grado	312	159,09	49636,50

<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	127,50 0	Cuidador contratado	3	44,50	133,50
		Total	315		

b Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 85. Contraste simple “Primer grado” con “Cuidador contratado”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el tercer contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Segundo grado” vs “Cuidador contratado” nos refleja que no existe significación (Tabla 86).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Grado parentesco del cuidador principal del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	15,000	<b>,187</b>	Segundo grado	20	12,75	255,00
			Cuidador contratado	3	7,00	21,00
			Total	23		

c Variable de agrupación: Grado parentesco del cuidador principal del paciente

Tabla 86. Contraste simple “Segundo grado” con “Cuidador contratado”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos como a nivel de muestra “N” la mayor parte, son cuidadores que corresponden con primer grado, siendo complejo analizar de otra forma la significación, aunque la indicamos en este apartado.

### 6.3.8 CONTRASTE ANÁLISIS ECONÓMICO VS ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

Contrastamos variables económicas respecto del estado civil del cuidador principal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Estudiamos la normalidad teniendo en cuenta que en esta ocasión contamos con una variable de tres niveles diferentes de estado civil, tenemos que comparar por tanto tres o más medias.

Nos encontramos de la misma forma en vía no paramétrica, pero en comparación de tres o más medias; utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica” ( $p = 0,016$ ) (Tabla 87).

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	6,889	3	,076
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	7,706	3	,053
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	3,446	3	,328
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	1,236	3	,744
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	10,393	3	,016
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	2,526	1	,112
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	1,331	3	,722

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 87. Contrastes. Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



La prueba nos dice que el estado civil del cuidador principal del paciente genera diferencias en el gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica.

Nos indica que existe diferencia, pero sin indicarnos en función de que estado civil del cuidador principal del paciente existe esa diferencia.

Analizamos por tanto dicha situación.

#### 6.3.8.1 GASTO EXTRAORDINARIO MATERIAL ORTOPÉDICO VS ESTADO CIVIL CUIDADOR PRINCIPAL.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la presente variable, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste primer contraste, grupo 1 vs grupo 2, grupo “Soltero” vs “Casado,” nos refleja que existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 88).

En el rango promedio vemos que hay mayor gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica en casados cuidadores principales (77,00) que en solteros cuidadores principales (57,85) (Tabla 88).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico</b>	1054,500	<b>,028</b>	Soltero	23	57,85	1330,50
			Casado	124	77,00	9547,50
			Total	147		

b Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 88. Contraste simple “Soltero” con “Casado”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste, grupo 1 vs grupo 3, es decir, grupo “Soltero” vs “Separado y divorciado”, existe significación ( $p= 0,03$ ) viendo como el rango promedio es mayor para gasto extraordinario en separado y divorciado (22,92) que para soltero (12,93) (Tabla 89).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	21,500	,003	Soltero	23	12,93	297,50
			Separado y divorciado	6	22,92	137,50
			Total	29		

c Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 89. Contraste simple “Soltero” con “Separado y divorciado”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el tercer contraste, grupo 1 vs grupo 4, grupo “Soltero” vs “Viudo” nos refleja que no existe significación (Tabla 90)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	61,000	,614	Soltero	23	14,65	337,00
			Viudo	6	16,33	98,00
			Total	29		

c Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 90. Contraste simple “Soltero” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el cuarto contraste, grupo 2 vs grupo 3, grupo “Casado” vs “Separado y divorciado” nos refleja que no existe significación (Tabla 91)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	211,500	,058	Casado	124	64,21	7961,50
			Separado y divorciado	6	92,25	553,50
			Total	130		

b Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 91. Contraste simple “Casado” con “Separado y divorciado”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el quinto contraste, grupo 2 vs grupo 4, grupo “Casado” vs “Viudo” nos refleja que no existe significación (Tabla 92)

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	313,000	,516	Casado	124	65,98	8181,00
			Viudo	6	55,67	334,00
			Total	130		

b Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 92. Contraste simple “Casado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el último contraste, grupo 3 vs grupo 4, grupo “Separado y divorciado” vs “Viudo” nos refleja que no existe significación (Tabla 93)

U de Mann-Whitney	Sig.	Estado civil cuidador principal del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
-------------------	------	--	---	----------------	----------------

<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	7,000	<b>,125</b>	Separado y divorciado	6	8,33	50,00
			Viudo	6	4,67	28,00
			Total	12		

c Variable de agrupación: Estado civil cuidador principal del paciente

Tabla 93. Contraste simple “Separado y divorciado” con “Viudo”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos como existe significación en la medida en que la correlación se realiza con estado civil casado; en detrimento de las demás variables.

### 6.3.9. VARIABLES ECONÓMICAS VS MESES TRANSCURRIDOS DIAGNÓSTICO COVID19.

	Meses transcurridos desde diagnóstico (dos categorías, Med=16)	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	Hasta 16 meses	166	178,70	29664,00
	16 meses o más	179	167,72	30021,00
	Total	345		
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	Hasta 16 meses	166	183,97	30539,50
	16 meses o más	179	162,82	29145,50
	Total	345		
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	Hasta 16 meses	40	58,35	2334,00
	16 meses o más	81	62,31	5047,00
	Total	121		
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	Hasta 16 meses	117	120,11	14052,50
	16 meses o más	143	139,00	19877,50
	Total	260		

<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	Hasta 16 meses	79	78,28	6184,50
	16 meses o más	83	84,56	7018,50
	Total	162		
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	Hasta 16 meses	21	20,36	427,50
	16 meses o más	30	29,95	898,50
	Total	51		
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	Hasta 16 meses	107	107,67	11520,50
	16 meses o más	120	119,65	14357,50
	Total	227		

Tabla 94. Variable económica vs meses transcurridos diagnóstico covid19.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

Contrastamos las diferentes variables económicas respecto de los meses transcurridos desde diagnóstico COVID19 a partir de la mediana (16 meses), variable recodificada no normal como variable independiente; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable "*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*" ( $p < 0,05$ ), mucha significación en la variable "*Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica*" ( $p = 0,001$ ) y significación en la variable "*Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente*" ( $p = 0,014$ ) (Tabla 95).

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	13911,000	,295
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	13035,500	,044
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	1514,000	,530
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	7149,500	,001
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	3024,500	,342
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	196,500	,014
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	5742,500	,109

a Variable de agrupación: Meses transcurridos desde diagnóstico (dos categorías, Med=16)

Tabla 95. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Meses transcurridos desde diagnóstico. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El rango promedio que los ingresos anuales durante el último año son mayores hasta el periodo 16 meses (183,97) en detrimento de los anteriores (162,82) (Tabla 94).

En relación con la segunda variable, que el gasto extraordinario en farmacia y/o parafarmacia en el último año por enfermedad oncológica es muy superior a partir del mes 16 o más (139,00) en detrimento de los anteriores (120,11) (Tabla 94).

En relación con la tercera variable, que el gasto extraordinario en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente también es superior a partir de decimosexto mes (29,95) en detrimento de los anteriores (20,36) (Tabla 94).

### 6.3.10. VARIABLES ECONÓMICAS VS NÚMERO DE TRATAMIENTOS.

Contrastamos las diferentes variables económicas respecto del número de tratamientos, variable recodificada no normal como variable independiente utilizamos mediana; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “*Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica*” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 96).

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Número de tratamientos (dos categorías, Med=1)	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	14237,500	<b>,335</b>	1 tratamiento	199	180,45	35910,50
			2 o más tratamientos	152	170,17	25865,50
			Total	351		
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	14375,500	<b>,416</b>	1 tratamiento	199	179,76	35772,50
			2 o más tratamientos	152	171,08	26003,50
			Total	351		
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	1766,500	<b>,501</b>	1 tratamiento	63	63,96	4029,50

			2 o más tratamientos	60	59,94	3596,50
			Total	123		
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	7819,000	<b>,026</b>	1 tratamiento	151	127,78	19295,00
			2 o más tratamientos	114	139,91	15950,00
			Total	265		
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	3018,500	<b>,221</b>	1 tratamiento	87	78,70	6846,50
			2 o más tratamientos	77	86,80	6683,50
			Total	164		
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	286,000	<b>,425</b>	1 tratamiento	31	27,77	861,00
			2 o más tratamientos	21	24,62	517,00
			Total	52		
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	5647,500	<b>,063</b>	1 tratamiento	130	108,94	14162,50
			2 o más tratamientos	99	122,95	12172,50
			Total	229		

a Variable de agrupación: Número de tratamientos (dos categorías, Med=1)

Tabla 96. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Número de tratamientos. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



Los rangos promedios nos indican que pacientes con un tratamiento (127,78) tienen menos gasto en farmacia y/o parafarmacia que los pacientes que tienen dos o más tratamientos activos (139,91) (Tabla 96)

### 6.3.11 VARIABLES ECONÓMICAS VS ESTADIO DE LA ENFERMEDAD.

Contrastamos variables económicas respecto del estadio de la enfermedad; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe significación en la variable “*Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica*” (p=0,016) (Tabla 97)

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.	Estadío de la enfermedad	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	8,392	4	<b>,078</b>	Estadío 0	8	245,44
				Estadío I	50	193,50
				Estadío II	102	160,84
				Estadío III	90	186,83
				Estadío IV	111	184,52
				Total	361	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	4,002	4	<b>,406</b>	Estadío 0	8	215,06
				Estadío I	50	191,47
				Estadío II	102	165,91
				Estadío III	90	186,99
				Estadío IV	111	182,84
				Total	361	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	,475	4	<b>,976</b>	Estadío 0	5	62,70
				Estadío I	11	55,86
				Estadío II	40	62,28
				Estadío III	32	61,81
				Estadío IV	35	63,69
				Total	123	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por</b>	12,181	4	<b>,016</b>	Estadío 0	5	173,00
				Estadío I	34	128,29
				Estadío II	78	137,42
				Estadío III	67	125,93
				Estadío IV	89	146,26
				Total	273	

<b>la enfermedad oncológica</b>						
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	4,847	4	<b>,303</b>	Estadio 0	3	135,00
				Estadio I	14	76,25
				Estadio II	44	88,68
				Estadio III	42	82,57
				Estadio IV	67	84,96
				Total	170	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	,204	2	<b>,903</b>	Estadio II	18	26,83
				Estadio III	21	27,05
				Estadio IV	15	28,93
				Total	54	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	1,792	4	<b>,774</b>	Estadio 0	3	108,50
				Estadio I	28	108,39
				Estadio II	60	120,84
				Estadio III	61	123,07
				Estadio IV	82	114,35
				Total	234	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Estadio de la enfermedad

Tabla 97. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Estadio de la enfermedad.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.3.11.1 GASTO EXTRAORDINARIO FARMACIA/PARAFARMACIA VS ESTADIO DE LA ENFERMEDAD.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con el estadio de la enfermedad con el gasto extraordinario, utilizamos contrastes simples comparando los diferentes niveles de estadio de enfermedad, es decir, diferentes rangos.

Dado que en este punto nos encontramos con una correlación amplia de contraste; indicamos aquellos que existe significación en relación al estadio de la enfermedad o que tiene tendencia a la significación.

Éste primer contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 4, grupo “Estadio 0” vs “Estadio III”; existe significación que observando los rangos correspondientes vemos como el gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica es mayor en Estadio 0 (48,40) que en Estadio III (35,61) (Tabla 98).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Estadio de la enfermedad	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	108,000	<b>,038</b>	Estadio 0	5	48,40	242,00
			Estadio III	67	35,61	2386,00
			Total	72		

c Variable de agrupación: Estadio de la enfermedad

Tabla 98. Contraste simple “Estadio 0” con “Estadio III”

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste primer contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 4 vs grupo 5, grupo “Estadio III” vs “Estadio IV”; existe significación que observando los rangos correspondientes vemos como el gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica es mayor en Estadio IV (71,88) que en Estadio III (83,48) (Tabla 99).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Estadio de la enfermedad	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	2538,000	<b>,004</b>	Estadio III	67	71,88	4816,00
			Estadio IV	89	83,48	7430,00
			Total	156		

Tabla 99. Contraste simple “Estadio III con “Estadio IV”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.12. VARIABLES ECONÓMICAS VS TIPO DE CÁNCER.

Contrastamos variables económicas respecto de tipo de cáncer que tiene el paciente; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe significación en las variables “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” ( $p < 0,05$ ), “*Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital*” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 100)

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	9,204	6	,162	Digestivo	88	189,33
				Pulmón	84	185,49
				Mama	72	180,92
				Próstata	23	176,33
				S.N.Central	11	165,23
				Hematológico	34	137,25
				Otros	51	201,15
				Total	363	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	14,660	6	,023	Digestivo	88	192,85
				Pulmón	84	184,01
				Mama	72	175,85
				Próstata	23	186,24
				S.N.Central	11	152,05
				Hematológico	34	129,19
				Otros	51	208,41
				Total	363	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	12,405	6	,054	Digestivo	34	56,74
				Pulmón	25	62,24
				Mama	21	68,86
				Próstata	7	40,43
				S.N.Central	5	56,30
				Hematológico	16	84,38

				Otros	16	56,53
				Total	124	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	7,320	6	,292	Digestivo	63	139,77
				Pulmón	66	143,70
				Mama	53	128,03
				Próstata	14	120,50
				S.N.Central	7	120,50
				Hematológico	31	142,50
				Otros	40	141,30
				Total	274	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	9,910	6	,129	Digestivo	38	79,05
				Pulmón	36	87,28
				Mama	47	84,28
				Próstata	9	72,33
				S.N.Central	6	136,33
				Hematológico	12	88,25
				Otros	23	90,04
				Total	171	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	2,402	6	,879	Digestivo	19	27,00
				Pulmón	8	30,94
				Mama	7	23,07
				Próstata	3	35,83
				S.N.Central	2	23,25
				Hematológico	3	24,67
				Otros	12	27,92
				Total	54	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	14,968	6	,021	Digestivo	58	108,34
				Pulmón	56	114,52
				Mama	43	115,69
				Próstata	15	91,87
				S.N.Central	10	151,15
				Hematológico	26	145,77
				Otros	28	129,11
				Total	236	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 100. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de cáncer  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.12.1 CUANTÍA INGRESOS ANUALES DESPUÉS DIAGNÓSTICO VS TIPO DE CÁNCER.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con la cuantía de ingresos anuales después del

diagnóstico relacionado con el tipo de cáncer, utilizamos contrastes simples comparando diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Dado que en este punto nos encontramos con una correlación amplia de rangos contraste; indicamos aquellos que existen significación en relación al tipo de cáncer o que tienen tendencia a la significación.

Éste primer contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 6, grupo “Digestivo” vs “Hematológico”; existe significación ( $p < 0,005$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer digestivo (67,52) que en Hematológico (45,93) (Tabla 101).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	966,500	,002	Digestivo	88	67,52	5941,50
			Hematológico	34	45,93	1561,50
			Total	122		

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 101. Contraste simple “Digestivo” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste segundo contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 2 vs grupo 6, grupo “Pulmón” vs “Hematológico”; existe significación ( $p = 0,007$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer pulmón (64,82) que en Hematológico (46,45) (Tabla 102).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos	981,000	,007	Pulmón	84	64,82	5445,00
			Hematológico	34	46,35	1576,00

<b>anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	Total	118
--	-------	-----

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 102. Contraste simple “Pulmón” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste tercer contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 3 vs grupo 6, grupo “Mama” vs “Hematológico”; existe significación ( $p < 0,05$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer mama (57,69) que en Hematológico (44,63) (Tabla 103).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	922,500	<b>,037</b>	Mama	72	57,69	4153,50
			Hematológico	34	44,63	1517,50
			Total	106		

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 103. Contraste simple “Mama” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste cuarto contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 4 vs grupo 6, grupo “Próstata” vs “Hematológico”; existe significación ( $p = 0,044$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer próstata (34,30) que en Hematológico (25,41) (Tabla 104).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del</b>	269,000	<b>,044</b>	Próstata	23	34,30	789,00
			Hematológico	34	25,41	864,00

hogar durante último año fiscal	Total	57
------------------------------------	-------	----

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 104. Contraste simple “Próstata” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste quinto contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 6 vs grupo 7, grupo “Hematológico” vs “Otros”; existe mucha significación ( $p=0,001$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer considerado con otros (50,16) que en Hematológico (32,26) (Tabla 105).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	502,000	,001	Hematológico	34	32,26	1097,00
			Otros	51	50,16	2558,00
			Total	85		

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 105. Contraste simple “Otros” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste quinto contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 5, grupo “Digestivo” vs “Sistema Nervioso Central”; existe significación ( $p<0,05$ ) que observando como el gasto extraordinario en el último año en adaptación de la vivienda es mayor en tipología de cáncer considerado con S.N. Central (44,90) que en Digestivo (32,71) (Tabla 106).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
Gasto extraordinario en el último año en	186,000	,030	Digestivo	58	32,71	1897,00
			S.N.Central	10	44,90	449,00
			Total	68		



**traslados al hospital**

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 106. Contraste simple “Digestivo” con “S.N. Central”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste sexto contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 6, grupo “Digestivo” vs “Hematológico”; existe significación ( $p < 0,05$ ) que observando como el gasto extraordinario en el último año en adaptación de la vivienda es mayor en tipología de cáncer considerado con Hematológico (51,60) que en Digestivo (38,42) (Tabla 107).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	517,500	,008	Digestivo	58	38,42	2228,50
			Hematológico	26	51,60	1341,50
			Total	84		

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 107. Contraste simple “Digestivo” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 2 vs grupo 6, grupo “Pulmón” vs “Hematológico”; existe significación ( $p < 0,05$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como el gasto extraordinario en el último año en adaptación de la vivienda es mayor en tipología de cáncer considerado con Hematológico (49,06) que en Pulmón (37,99) (Tabla 108).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	531,500	,028	Pulmón	56	37,99	2127,50
			Hematológico	26	49,06	1275,50
			Total	82		

b Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 108. Contraste simple “Pulmón” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 4 vs grupo 5, grupo “Próstata” vs “Sistema Nervioso Central”; existe significación ( $p=0,017$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer S.N. Central (16,65) que en Próstata (10,57) (Tabla 109).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	38,500	,017	Próstata	15	10,57	158,50
			S.N.Central	10	16,65	166,50
			Total	25		

c Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 109. Contraste simple “Próstata” con “S.N. Central”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 4 vs grupo 6, grupo “Próstata” vs “Hematológico”; existe significación ( $p=0,010$ ) que observando los rangos correspondientes vemos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en tipología de cáncer Hematológico (24,21) que en Próstata (5,43) (Tabla 110)

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Tipo de cáncer	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	111,500	,010	Próstata	15	15,43	231,50
			Hematológico	26	24,21	629,50
			Total	41		

c Variable de agrupación: Tipo de cáncer

Tabla 110. Contraste simple “Próstata” con “Hematológico”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.13 VARIABLES ECONÓMICAS VS COMORBILIDADES ASOCIADAS ANTES

Contrastamos variables económicas respecto de las comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico que tiene el paciente; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como existe significación en las variables “*Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 111)

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>		
Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	57	113,68
Sistema dermatológico	12	138,83
Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	18	127,00

	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	57	118,88
	Varios	92	116,93
	Total	236	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	57	116,52
	Sistema dermatológico	12	139,42
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	18	125,97
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	57	116,18
	Varios	92	116,98
	Total	236	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	21	27,60
	Sistema dermatológico	3	43,50
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	9	50,72
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	16	43,47
	Varios	25	36,52
	Total	74	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	39	90,81
	Sistema dermatológico	8	83,69
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	12	87,08
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	38	82,38
	Varios	72	83,03
	Total	169	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	20	60,68
	Sistema dermatológico	7	55,64
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	7	48,29

	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	31	58,10
	Varios	50	58,56
	Total	115	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	12	23,00
	Sistema dermatológico	1	10,00
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	4	15,38
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	8	13,50
	Varios	9	15,50
	Total	34	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	33	71,26
	Sistema dermatológico	2	80,00
	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	14	92,43
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	38	70,47
	Varios	61	74,47
	Total	148	

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	1,763	4	<b>,779</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	1,579	4	<b>,813</b>
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	10,727	4	<b>,030</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	2,264	4	<b>,687</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	,953	4	<b>,917</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	7,559	4	<b>,109</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	4,265	4	<b>,371</b>

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 111. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico oncológico. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.13.1 VARIABLE DE INGRESOS EN EL HOGAR DESDE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER VS COMORBILIDADES ANTES DE DIAGNOSTICO.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación utilizamos contrastes simples comparando diferentes niveles, es decir, diferentes rangos.

Éste contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 3, grupo “Tracto alimentario y metabolismo, sistema cardiovascular, sangre y órganos hemato.” vs “Sistema genitourinario (...)”; existe significación ( $p < 0,05$ ) que observando los rangos promedios vemos como la variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer es mayor en pacientes con comorbilidad antes en “Sistema genitourinario (...) (21,83) que en “Tracto alimentario y metabolismo (...)” (12,79) (Tabla 112).

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados	U de Mann-Whitney	Sig.	N	Rango promedio	Suma de rangos	
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	37,500	,005	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	21	12,79	268,50
			Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	9	21,83	196,50
			Total	30		

c Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 112. Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Sistema genitourinario (...)”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Éste contraste que exponemos es el correspondiente a grupo 1 vs grupo 4, grupo “Tracto alimentario y metabolismo, sistema cardiovascular, sangre y órganos hemato.” vs “Sistema muscoesquelético, sistema nervioso, sistema respiratorio y órganos de los sentidos”; existe significación ( $p < 0,05$ ) que observando los rangos promedios vemos como en la variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer es mayor en la segunda variable (23,44) que en la primera (15,62) (Tabla 113).

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados		N	Rango promedio	Suma de rangos
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	21	15,62	328,00
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	16	23,44	375,00
Total		37		

Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer

U de Mann-Whitney 97,000

Sig. Monte Carlo (bilateral) Sig. **,021**

c Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 113. Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Sistema muscoesquelético (...)”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

En el siguiente contraste tenemos grupo 1 vs grupo 5; no tenemos significación ni diferencias en la variación de ingresos entre la variable “Tracto alimentario y metabolismo, sistema cardiovascular, sangre y órganos hemato.” y la variable “Varios” (Tabla 114)

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados		N	Rango promedio	Suma de rangos
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	21	20,48	430,00
	Varios	25	26,04	651,00
	Total	46		

**Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer**

**U de Mann-Whitney** 199,000

**Sig. Monte Carlo (bilateral)** Sig. **,137**

b Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 114. Contraste simple “Tracto alimentario (...)” con “Varios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Tampoco existe variación en ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer entre la variable “Sistema genitourinario (...)” vs “Sistema muscoesqueléticas, sistema nervioso, sistema respiratorio y órganos de los sentidos” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 115).

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados		N	Rango promedio	Suma de rangos
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	9	14,61	131,50
	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central,	16	12,09	193,50



sist.respiratorio, órganos de los sentidos

Total		25
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>		
<b>U de Mann-Whitney</b>		57,500
<b>Sig. Monte Carlo (bilateral)</b>	<b>Sig.</b>	<b>,443</b>

c Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 115. Contraste simple “Sistema genitourinario (...)” con “Sistema muscoesqueléticas (...)”. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

No existe significación en la variable “Sistema genitourinario (...)” vs “Varios” (Tabla 116).

Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados		N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	9	22,28	200,50
	Varios	25	15,78	394,50
Total		34		

**Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer**

<b>U de Mann-Whitney</b>		69,500
<b>Sig. Monte Carlo (bilateral)</b>	<b>Sig.</b>	<b>,096</b>

c Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 116. Contraste simple “Sistema genitourinario (...)” vs “Varios”. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

No existe significación en la variable “Sistema musco-esquelético (...)” vs “Varios” (Tabla 117).

<b>Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados</b>		<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	16	23,34	373,50
	Varios	25	19,50	487,50
	Total	41		

**Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer**

**U de Mann-Whitney** 162,500

**Sig. Monte Carlo (bilateral)** Sig. ,296

c Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas antes del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 117. Contraste simple “Sistema musco-esquelético (...)” vs “Varios”.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.3.14 VARIABLES ECONÓMICAS VS COMORBILIDADES ASOCIADAS DESPUÉS

Contrastamos variables económicas respecto de las comorbilidades asociadas después de diagnóstico oncológico; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

La variable gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente comparamos dos medias.

En ambos casos no existe significación no hay diferencias estadísticas.

	Chi- cuadrado	gl	Sig.	Comorbilidades asociadas después del diagnóstico oncológico; sistemas- órganos afectados	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	,936	4	,919	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	25	116,40
				Sistema dermatológico	16	132,59
				Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	7	121,29
				Sistema músculo- esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	38	116,57
				Varios	148	116,11
				Total	234	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	,687	4	,953	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	25	124,40
				Sistema dermatológico	16	126,06
				Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	7	112,86
				Sistema músculo- esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	38	114,72
				Varios	148	116,34
				Total	234	

<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	2,548	4	<b>,636</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	10	40,00
				Sistema dermatológico	7	50,29
				Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	1	16,00
				Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	14	46,18
				Varios	53	42,27
				<b>Total</b>	<b>85</b>	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	1,365	4	<b>,850</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	17	98,06
				Sistema dermatológico	13	89,00
				Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	5	82,00
				Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	30	94,53
				Varios	122	94,33
				<b>Total</b>	<b>187</b>	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	2,276	4	<b>,685</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	12	58,67
				Sistema dermatológico	4	67,75
				Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	2	33,00
				Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso	19	60,68

			central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos		
			Varios	88	64,56
			Total	125	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	,199	4	<b>,995</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	11 75,45
			Sistema dermatológico	11	75,55
			Sist.genitourinario, horm.sexuales, antiinfecciosos y/o prep.horm (uso sistémico), antineoplásicos e inmunomoduladores	4	70,38
			Sistema músculo-esquelético, sist.nervioso central, sist.respiratorio, órganos de los sentidos	23	78,67
			Varios	104	77,20
			Total	153	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas después del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

<b>Comorbilidades asociadas después del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados</b>		<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	Tracto alimentario y metabolismo, sist.cardiovascular, sangre y org.hematopoyéticos	6	19,08	114,50
	Varios	26	15,90	413,50
	Total	32		

**Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente**

<b>U de Mann-Whitney</b>	62,500
<b>Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]</b>	<b>,464</b>

b Variable de agrupación: Comorbilidades asociadas después del diagnóstico oncológico; sistemas-órganos afectados

Tabla 118. Contraste simple “Tracto alimentario (...)” vs “Varios”.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.15 VARIABLES ECONÓMICAS VS EFECTOS SECUNDARIOS TTO. DE PACIENTE.

Contrastamos variables económicas respecto de los efectos secundarios del paciente; tenemos varios niveles, averiguamos como en anteriores si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

Observamos como no existe significación en las variables, el tener más o menos o ningún efecto secundario no genera diferencias económicas en la familia (Tabla 119).

	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>Efectos secundarios del tratamiento en paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	5,171	5	<b>,395</b>	Nauseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	6	164,92
				Alopecia	32	121,45
				Cansancio	10	161,10
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	4	136,50
				Otros	19	137,45

				Varios	228	154,41
				Total	299	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	6,684	5	<b>,245</b>	Nauseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	6	197,00
				Alopecia	32	121,69
				Cansancio	10	152,15
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	4	144,25
				Otros	19	134,08
				Varios	228	154,07
				Total	299	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	4,930	5	<b>,424</b>	Nauseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	1	65,50
				Alopecia	13	41,04
				Cansancio	5	48,10
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	1	22,00
				Otros	5	54,10
				Varios	82	56,66
				Total	107	

<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	4,542	5	<b>,474</b>	Náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	5	103,00
				Alopecia	25	112,12
				Cansancio	7	119,29
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	3	103,00
				Otros	14	103,00
				Varios	181	120,59
				<b>Total</b>	<b>235</b>	

<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	3,548	5	<b>,616</b>	Nauseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	4	58,13
				Alopecia	17	78,74
				Cansancio	6	63,67
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	2	41,50
				Otros	6	86,25
				Varios	116	76,92
				<b>Total</b>	<b>151</b>	

<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	3,664	5	<b>,599</b>	Náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	2	20,00
				Alopecia	3	21,33
				Cansancio	1	28,50
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	1	11,50



			Otros	4	15,75
			Varios	36	25,58
			Total	47	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	2,424	5	<b>,788</b>	Náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, mucosis, dificultad para tragar	3 65,50
				Alopecia	24 97,52
				Cansancio	7 89,21
				Pérdida de apetito, sequedad de la piel, quemaduras	1 65,50
				Otros	13 100,15
				Varios	149 100,50
				Total	197

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Efectos secundarios del tratamiento en paciente

Tabla 119. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: efectos secundarios del tratamiento en pacientes.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.16 VARIABLES ECONÓMICAS VS COVID19

Contrastamos las diferentes variables económicas respecto diagnóstico COVID19, es decir, respecto de haber padecido o no por diagnóstico la enfermedad.

Utilizamos como variable recodificada no normal como variable independiente utilizamos mediana; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando la normalidad, nos ha guiado de nuevo hacia la vía no paramétrica indicando a partir de la prueba Shapiro-Wilks que existe significación ( $p < 0,05$ ).

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney como existe diferencia estadística significativa en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal*” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 120).

	U de Mann-Whitney	Sig.	Diagnóstico Covid-19	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	6994,000	,110	Sí	52	203,00	10556,00
			No	311	178,49	55510,00
			Total	363		
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	6654,000	,036	Sí	52	209,54	10896,00
			No	311	177,40	55170,00
			Total	363		
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	979,000	,655	Sí	20	59,45	1189,00
			No	104	63,09	6561,00
			Total	124		
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	4304,500	,755	Sí	37	135,34	5007,50
			No	237	137,84	32667,50
			Total	274		
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	2134,000	,531	Sí	33	81,67	2695,00
			No	138	87,04	12011,00
			Total	171		
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	106,000	,594	Sí	5	30,80	154,00
			No	49	27,16	1331,00
			Total	54		
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	3203,500	,464	Sí	34	111,72	3798,50
			No	202	119,64	24167,50
			Total	236		

b Variable de agrupación: Diagnóstico Covid-19

Tabla 120. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Diagnóstico Covid-19. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

Teniendo en cuenta los rangos, los que tienen diagnóstico de COVID19 tienen mayor cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal que los que no tienen diagnóstico COVID19; es decir, de nuestra muestra, la cuantía de ingresos es superior los que han padecido la enfermedad (Tabla 120).

### 6.3.17 VARIABLES ECONÓMICAS VS SINTOMATOLOGÍA COVID19

Contrastamos variables económicas respecto de sintomatología COVID19; es decir, respecto de si tienen síntomas o no de la patología.

Mismo recorrido, estudiamos normalidad, nos guía de nuevo por vía no paramétrica.

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney que no existe ninguna diferencia estadística, todas las variables son estadísticamente iguales (Tabla 121).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig.</b>	<b>Sintomatología Covid-19</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	246,000	<b>,671</b>	Sintomático	38	25,97	987,00
			Asintomático	14	27,93	391,00
			Total	52		
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	257,000	<b>,849</b>	Sintomático	38	26,26	998,00
			Asintomático	14	27,14	380,00
			Total	52		
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	32,000	<b>1,000</b>	Sintomático	16	10,50	168,00
			Asintomático	4	10,50	42,00
			Total	20		
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	139,000	<b>,805</b>	Sintomático	26	19,15	498,00
			Asintomático	11	18,64	205,00
			Total	37		
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	93,000	<b>,486</b>	Sintomático	24	17,63	423,00
			Asintomático	9	15,33	138,00
			Total	33		
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a</b>	1,500	<b>,361</b>	Sintomático	3	3,50	10,50
			Asintomático	2	2,25	4,50

<b>domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>			Total		5	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	99,000	<b>,323</b>	Sintomático	24	18,38	441,00
			Asintomático	10	15,40	154,00
			Total	34		

b Variable de agrupación: Sintomatología Covid-19

Tabla 121. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Sintomatología Covid-19. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.18 VARIABLES ECONÓMICAS VS SECUELAS POR COVID19

Contrastamos variables económicas respecto de las secuelas producidas por diagnóstico COVID19; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos ante una variable de distribución normal, vía paramétrica, utilizamos la prueba T de Student (Tabla 122).

A través de la prueba vemos que no existe significación entre los ingresos de los que sí tienen secuelas y los que no tienen secuelas.

Observamos a través del estadístico U de Mann-Whitney que no existe ninguna diferencia estadística, todas las variables son estadísticamente iguales.

No existe significación en las variables, el tener más o menos o ningún efecto secundario no genera diferencias económicas en la familia.

	<b>Secuelas generadas por Covid-19</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típ.</b>	<b>Error típ. de la media</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al</b>	Sí	11	3,45	1,508	,455
	No	28	4,07	1,331	,252

**diagnóstico de  
cáncer**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	Se han asumido varianzas iguales	,114	,738	-1,255	37	<b>,217</b>
	No se han asumido varianzas iguales			-1,187	16,493	,252

Tabla 122. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: T Student.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

	U de Mann-Whitney	Sig.	Secuelas generadas por Covid-19	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	109,000	<b>,150</b>	Sí	11	15,91	175,00
			No	28	21,61	605,00
			Total	39		
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	28,500	<b>,619</b>	Sí	6	8,25	49,50
			No	11	9,41	103,50
			Total	17		
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	73,000	<b>,505</b>	Sí	9	14,89	134,00
			No	18	13,56	244,00
			Total	27		
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	50,500	<b>,244</b>	Sí	8	15,19	121,50
			No	17	11,97	203,50
			Total	25		
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	1,000	<b>,637</b>	Sí	1	2,00	2,00
			No	3	2,67	8,00
			Total	4		
	59,000	<b>,971</b>	Sí	7	12,43	87,00

**Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital**

No	17	12,53	213,00
Total	24		

b Variable de agrupación: Secuelas generadas por Covid-19

Tabla 123. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Secuelas generadas por Covid-19.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.19 VARIABLES ECONÓMICAS VS TIPO DE SECUELAS POR COVID19.

Contrastamos variables económicas respecto del tipo de secuelas por COVID19; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

En esta variable existe la peculiaridad del reparto de individuos es pequeño, es decir, la N en esta variable es muy pequeña lo que hace que tengamos anomalías al realizar las pruebas y cálculos.

Observamos la significación en el “*Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica*” ( $p=0,005$ ) (Tabla 124).

Los rangos correspondientes nos informan de que el tipo de secuelas corresponde con “pulmonar” (7) y con “otro” (2) de secuelas siendo grupos desparejados y pequeños (Tabla 124).

	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Tipo de secuelas generadas Covid-19	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	,012	1	,914	Pulmonar	8	5,94
				Otro	3	6,17
				Total	11	
	,011	1	,917	Pulmonar	8	5,94

<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>				Otro	3	6,17
				Total	11	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	2,500	1	,114	Pulmonar	4	2,75
				Otro	2	5,00
				Total	6	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	8,000	1	<b>,005</b>	Pulmonar	7	4,00
				Otro	2	8,50
				Total	9	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	,300	1	,584	Pulmonar	6	4,75
				Otro	2	3,75
				Total	8	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	,420	1	,517	Pulmonar	5	3,70
				Otro	2	4,75
				Total	7	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tipo de secuelas generadas Covid-19

Tabla 124. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de secuelas generadas por Covid-19.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Teniendo variables ordinales de categorización, podemos incluirlas en tablas de contingencia para ver el cruce con el tipo de secuelas generadas por la COVID19; hemos obtenido ocho tablas de contingencia de las que resaltamos la que tiene aproximación a la significación.

En todas las tablas existe un reparto de la muestra, pero para que sean efectivas a nivel de utilidad y generalizables a nivel poblacional, la prueba “Chi-cuadrado” nos tiene que aportar significación y existir un número suficiente de individuos por casilla o frecuencia esperada.

Calculando todas las tablas de contingencia, hemos obtenido significación en la prueba de “Chi-cuadrado” en la siguiente tabla (Tabla 124).

La significación nos dice que el reparto es suficiente y que es extrapolable a nivel poblacional, decir que, en esta variable, si volviéramos a utilizar mismas variables para el estudio obtendríamos los mismos resultados: mayor gasto de la variable en “otro” (8,50) que en “pulmonar” (4,00) existiendo por tanto gasto extraordinario (Tabla 124).

			Tipo de secuelas generadas Covid-19		Total
			Pulmonar	Otro	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	Hasta 600€	Recuento	7	0	<b>7</b>
		Frecuencia esperada	5,4	<b>1,6</b>	<b>7,0</b>
		% de Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	100,0%	,0%	<b>100,0%</b>
		% de Tipo de secuelas generadas Covid-19	100,0%	,0%	<b>77,8%</b>
	De 600€ a 1200€	Recuento	0	2	<b>2</b>
		Frecuencia esperada	<b>1,6</b>	<b>,4</b>	<b>2,0</b>
		% de Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	,0%	100,0%	<b>100,0%</b>
		% de Tipo de secuelas generadas Covid-19	,0%	100,0%	<b>22,2%</b>
<b>Total</b>	Recuento	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	
	Frecuencia esperada	<b>7,0</b>	<b>2,0</b>	<b>9,0</b>	
	% de Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	<b>77,8%</b>	<b>22,2%</b>	<b>100,0%</b>	
	% de Tipo de secuelas generadas Covid-19	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,000(b)	1	<b>,003</b>		
Corrección por continuidad(a)	4,144	1	,042		



<b>Razón de verosimilitudes</b>	9,535	1	,002		
<b>Estadístico exacto de Fisher</b>				,028	,028
<b>Asociación lineal por lineal</b>	8,000	1	,005		
<b>N de casos válidos</b>	9				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,44.

Tabla 125. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de secuelas generadas por Covid-19.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.19 VARIABLES ECONÓMICAS VS TIPO DE SÍNTOMAS POR COVID19.

Contrastamos variables económicas respecto del tipo de síntomas por COVID19; averiguamos si la variable se comporta de forma normal.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

En esta variable existe la peculiaridad del reparto de individuos es pequeño, es decir, la N en esta variable es muy pequeña lo que hace que tengamos anomalías al realizar las pruebas y cálculos.

Observamos que no hay diferencias significativas en ningún caso, aunque tratemos con N pequeñas (Tabla 126)

	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Tipo de síntomas generados por Covid-19	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	2,728	5	,742	Fiebre/cansancio	7	25,07
				Tos seca	9	16,67
				Molestias y dolores	5	16,90
				Pérdida de olfato y gusto	4	20,63
				Otros	1	22,50
				Varios	13	20,38
				Total	39	

<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	2,244	5	<b>,814</b>	Fiebre/cansancio	7	23,93
				Tos seca	9	16,61
				Molestias y dolores	5	18,10
				Pérdida de olfato y gusto	4	23,50
				Otros	1	21,00
				Varios	13	19,81
				<b>Total</b>	<b>39</b>	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	5,022	4	<b>,285</b>	Fiebre/cansancio	4	5,75
				Tos seca	3	12,67
				Molestias y dolores	2	7,50
				Pérdida de olfato y gusto	3	10,00
				Varios	4	7,50
				<b>Total</b>	<b>16</b>	
				<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	8,214	5
Tos seca	7	16,00				
Molestias y dolores	1	12,00				
Pérdida de olfato y gusto	3	12,00				
Otros	1	25,00				
Varios	8	12,00				
<b>Total</b>	<b>27</b>					
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	1,723	5	<b>,886</b>	Fiebre/cansancio	2	12,75
				Tos seca	3	11,00
				Molestias y dolores	3	11,00
				Pérdida de olfato y gusto	4	15,50
				Otros	1	18,00
				Varios	12	12,79
				<b>Total</b>	<b>25</b>	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	3,000	3	<b>,392</b>	Fiebre/cansancio	1	3,50
				Pérdida de olfato y gusto	1	3,50
				Otros	1	2,00
				Varios	1	1,00
				<b>Total</b>	<b>4</b>	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	1,726	4	<b>,786</b>	Fiebre/cansancio	3	15,50
				Tos seca	7	12,36
				Molestias y dolores	2	8,50
				Pérdida de olfato y gusto	2	13,25
				Varios	10	12,35
				<b>Total</b>	<b>24</b>	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Tipo de síntomas generados por Covid-19

Tabla 126. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Tipo de síntomas generadas por Covid-19.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Teniendo variables ordinales de categorización, podemos incluirlas en tablas de contingencia para ver el cruce con el tipo de síntomas generados por la COVID19; hemos obtenido ocho tablas de contingencia.

En todas las tablas existe un reparto de la muestra, pero para que sean efectivas y tengan nivel de utilidad y generalizables a nivel poblacional, la prueba “Chi-cuadrado” nos tiene que aportar significación y existir un número suficiente de individuos por casilla o frecuencia esperada.

Haciendo las pruebas correspondientes de “chi-cuadrado” nos ha dado que es no significativa en las ocho tablas de contingencia.

No hay nada significativo en la correlación de las variables para generalizar a la población.

### 6.3.20 VARIABLES ECONÓMICAS VS BARTHEL

Contrastamos variables económicas respecto de la escala de medida Barthel; recategorizamos la variable a través de la mediana al tratarse de una distribución no normal buscando que actúe como variable independiente.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Puntuación Barthel ; autonomía del paciente	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	6,183	4	,186	Hasta 20, total	48	164,64
				De 20 a 35, grave	21	169,36
				De 40 a 55, moderado	47	174,37

				De 60 a 99, leve	131	176,60
				100, independiente	116	200,66
				Total	363	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	3,522	4	<b>,475</b>	Hasta 20, total	48	174,36
				De 20 a 35, grave	21	166,62
				De 40 a 55, moderado	47	170,23
				De 60 a 99, leve	131	179,34
				100, independiente	116	195,72
				Total	363	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	3,109	4	<b>,540</b>	Hasta 20, total	7	52,50
				De 20 a 35, grave	10	49,60
				De 40 a 55, moderado	17	70,32
				De 60 a 99, leve	51	63,49
				100, independiente	39	62,90
				Total	124	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	2,399	4	<b>,663</b>	Hasta 20, total	36	138,97
				De 20 a 35, grave	15	139,37
				De 40 a 55, moderado	43	142,15
				De 60 a 99, leve	102	139,75
				100, independiente	78	130,95
				Total	274	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	3,684	4	<b>,451</b>	Hasta 20, total	39	93,92
				De 20 a 35, grave	11	67,73
				De 40 a 55, moderado	35	84,03
				De 60 a 99, leve	52	82,90
				100, independiente	34	89,59
				Total	171	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	1,834	4	<b>,766</b>	Hasta 20, total	11	26,68
				De 20 a 35, grave	4	35,13
				De 40 a 55, moderado	14	24,46
				De 60 a 99, leve	20	28,43
				100, independiente	5	28,00
				Total	54	
	1,160	4	<b>,885</b>	Hasta 20, total	37	113,41

<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	De 20 a 35, grave	16	121,69
	De 40 a 55, moderado	31	117,68
	De 60 a 99, leve	92	122,93
	100, independiente	60	114,42
	Total	236	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Puntuación Barthel ; autonomía del paciente

Tabla 127. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Barthel ; autonomía del paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la tabla que no existe ningún tipo de significación, no hay diferencias estadísticas entre las variables, todas las variables son estadísticamente iguales (Tabla 127).

### 6.3.21 VARIABLES ECONÓMICAS VS LAWTON y BRODY

Contrastamos variables económicas respecto de la escala de medida Lawton y Brody; recategorizamos la variable a través de la mediana al tratarse de una distribución no normal buscando que actúe como variable independiente.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	9,676	4	<b>,046</b>	De 0 a 1, total	32	139,03
				De 2 a 3, severa	44	174,59
				De 4 a 5, moderada	76	188,63
				De 6 a 7, ligera	121	177,43
				8, independiente	90	201,44
				Total	363	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	8,310	4	<b>,081</b>	De 0 a 1, total	32	145,59
				De 2 a 3, severa	44	179,66
				De 4 a 5, moderada	76	191,91

				De 6 a 7, ligera	121	173,18
				8, independiente	90	199,58
				Total	363	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	5,145	4	<b>,273</b>	De 0 a 1, total	8	61,81
				De 2 a 3, severa	11	42,86
				De 4 a 5, moderada	32	60,75
				De 6 a 7, ligera	48	67,83
				8, independiente	25	63,36
				Total	124	
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	,657	4	<b>,957</b>	De 0 a 1, total	27	140,20
				De 2 a 3, severa	33	140,65
				De 4 a 5, moderada	60	136,58
				De 6 a 7, ligera	94	138,38
				8, independiente	60	134,08
				Total	274	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	6,890	4	<b>,142</b>	De 0 a 1, total	26	99,85
				De 2 a 3, severa	29	91,62
				De 4 a 5, moderada	42	74,19
				De 6 a 7, ligera	43	81,58
				8, independiente	31	91,26
				Total	171	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	,672	4	<b>,955</b>	De 0 a 1, total	7	26,64
				De 2 a 3, severa	8	24,31
				De 4 a 5, moderada	23	28,54
				De 6 a 7, ligera	15	27,63
				8, independiente	1	33,00
				Total	54	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	1,367	4	<b>,850</b>	De 0 a 1, total	26	120,75
				De 2 a 3, severa	34	119,60
				De 4 a 5, moderada	48	113,80
				De 6 a 7, ligera	81	123,38
				8, independiente	47	112,85
				Total	236	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 128. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la tabla que existe significación en la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 128).

La prueba propiamente dicha nos indica que existe diferencia y significación en esta variable, pero sin indicarnos en función de que rango de puntuación de la escala Lawton y Brody.

### 6.3.21.1 CUANTÍA DE INGRESOS ANUALES NETOS ANTES DE CÁNCER VS ESCALA LAWTON Y BRODY.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué puntuación de la escala Lawton y Brody correlacionado con la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal (después del diagnóstico), utilizamos contrastes simples.

El primer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 2, es decir, puntuación “Total” vs puntuación “Severa” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p < 0,05$ ) (Tabla 129).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. Monte Carlo (bilateral)</b>	<b>Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	555,500	<b>,105</b>	De 0 a 1, total	32	33,86	1083,50
			De 2 a 3, severa	44	41,88	1842,50
			Total	76		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 129. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 3, es decir, puntuación “Total” vs puntuación “Moderada” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha

correlación nos refleja que sí existe significación en el contraste ( $p=0,015$ ) (Tabla 130).

Haciendo hincapié en el rango promedio observamos como la cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico es mayor en puntuación de escala “Moderada” (59,03) que en puntuación “Total” (43,75) (Tabla 130).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	872,000	<b>,015</b>	De 0 a 1, total	32	43,75	1400,00
			De 4 a 5, moderada	76	59,03	4486,00
			Total	108		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 130. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 4, es decir, puntuación “Total” vs puntuación “Ligera” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja no existe significación (Tabla 131).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar	1551,500	<b>,079</b>	De 0 a 1, total	32	64,98	2079,50
			De 6 a 7, ligera	121	80,18	9701,50
			Total	153		



anteriores al diagnóstico de cáncer

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 131. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El cuarto contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 5, es decir, puntuación “Total” vs puntuación “Independiente” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que sí existe significación ( $p=0,002$ ) (Tabla 132).

Observamos a través del rango promedio como la cuantía de ingresos es superior en la puntuación de escala “Independiente” (67,03), que en la puntuación “Total” (45,94) (Tabla 132).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	942,000	<b>,002</b>	De 0 a 1, total	32	45,94	1470,00
			8, independiente	90	67,03	6033,00
			Total	122		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 132. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El quinto contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 3, es decir, puntuación “Severa” vs puntuación “Moderada” correlacionados con la variable

“Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 133).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	1547,500	,493	De 2 a 3, severa	44	57,67	2537,50
			De 4 a 5, moderada	76	62,14	4722,50
			Total	120		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 133. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El sexto contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 4, es decir, puntuación “Severa” vs puntuación “Ligera” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 134).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	2619,500	,869	De 2 a 3, severa	44	82,03	3609,50
			De 6 a 7, ligera	121	83,35	10085,50
			Total	165		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 134. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 5, es decir, puntuación “Severa” vs puntuación “Ligera” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 135).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	1672,500	,141	De 2 a 3, severa	44	60,51	2662,50
			8, independiente	90	70,92	6382,50
			Total	134		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 135. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El el siguiente contraste que abordamos es, grupo 3 vs grupo 4, es decir, puntuación “Moderada” vs puntuación “Ligera” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 136).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	4303,500	,439	De 4 a 5, moderada	76	102,88	7818,50
			De 6 a 7, ligera	121	96,57	11684,50
			Total	197		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 136. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 3 vs grupo 5, es decir, puntuación “Moderada” vs puntuación “Independiente” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 137).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	3161,000	,383	De 4 a 5, moderada	76	80,09	6087,00
			8, independiente	90	86,38	7774,00
			Total	166		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 137. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 4 vs grupo 5, es decir, puntuación “Ligera” vs puntuación “Independiente” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 138).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	4759,500	,112	De 6 a 7, ligera	121	100,33	12140,50
			8, independiente	90	113,62	10225,50
			Total	211		

b Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria

Tabla 138. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.22 VARIABLES ECONÓMICAS VS ZARIT

Contrastamos variables económicas respecto de la escala de medida ZARIT; recategorizamos la variable a través de la mediana al tratarse de una distribución no normal buscando que actúe como variable independiente.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio
Cuantía de ingresos anuales	7,107	2	,029	Hasta 46, sin sobrecarga	240	190,73

netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	180,81
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	154,47
				Total	363	
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	8,281	2	<b>,016</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	240	191,21
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	182,23
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	151,98
				Total	363	
Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer	,975	2	<b>,614</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	74	61,94
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	17	69,65
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	33	60,08
				Total	124	
Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica	4,710	2	<b>,095</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	179	134,25
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	35	152,36
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	60	138,52
				Total	274	
Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica	2,393	2	<b>,302</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	92	85,91
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	32	76,78
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	47	92,45
				Total	171	
Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente	,954	2	<b>,621</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	30	29,22
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	7	25,86
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	17	25,15
				Total	54	
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	,431	2	<b>,806</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	146	118,17
				De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	33	124,27
				De 55 en adelante, sobrecarga intensa	57	116,01
				Total	236	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 139. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la tabla que existe significación en la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer*” ( $p < 0,05$ ) y en variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal*” (después de cáncer) ( $p = 0,016$ ) (Tabla 139).

La prueba propiamente dicha nos indica que existe diferencia y significación en esta variable, pero sin indicarnos en que rango se encuentra.

### 6.3.22.1 CUANTÍA DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL HOGAR ANTES VS ESCALA ZARIT.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué puntuación de la escala ZARIT correlacionado con la cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer, utilizamos contrastes simples comparando las diferentes puntuaciones de la escala.

El primer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 2, es decir, puntuación “Hasta 46, sin sobrecarga” vs puntuación “De 46 hasta 55, sobrecarga ligera” correlacionados con la variable “*Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer*”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p < 0,05$ ) (Tabla 140).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al</b>	5551,000	<b>,523</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	240	146,37	35129,00
			De 46 hasta 55,	49	138,29	6776,00

diagnóstico de cáncer	sobrecarga ligera	
	Total	289

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 140. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 3, es decir, puntuación “Hasta 46, sin sobrecarga” vs puntuación “De 55 en adelante, sobrecarga intensa” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer”. Dicha correlación nos refleja que sí existe significación en el contraste ( $p = 0,007$ ) (Tabla 141).

Observamos como a través del rango promedio la cuantía de ingresos anuales netos del hogar antes del diagnóstico es mayor en situación “Hasta 46, sin sobrecarga” (164,86) que “De 55 en adelante, sobrecarga intensa” (133,62) (Tabla 141).

	U de Mann- Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	7113,000	<b>,007</b>	Hasta 46, sin sobrecarga	240	164,86	39567,00
			De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	133,62	9888,00
			Total	314		

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 141. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 3, es decir, puntuación “De 46 hasta 55, sobrecarga ligera” vs puntuación “De 55 en



adelante, sobrecarga intensa” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p>0,05$ ) (Tabla 142).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer	1542,500	,148	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	67,52	3308,50
			De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	58,34	4317,50
			Total	123		

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 142. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.22.1 CUANTÍA DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL HOGAR DESPUÉS CÁNCER VS ESCALA ZARIT.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué puntuación de la escala ZARIT correlacionado con la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal (después del diagnóstico), utilizamos contrastes simples comparando las diferentes puntuaciones de la escala.

El primer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 2, es decir, puntuación “Hasta 46, sin sobrecarga” vs puntuación “De 46 hasta 55, sobrecarga ligera” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p<0,05$ ) (Tabla 143).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	5572,500	,556	Hasta 46, sin sobrecarga	240	146,28	35107,50
			De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	138,72	6797,50
			Total	289		

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 143. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 3, es decir, puntuación “Hasta 46, sin sobrecarga” vs puntuación “De 55 en adelante, sobrecarga intensa” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que sí existe significación en el contraste ( $p = 0,005$ ) (Tabla 144).

Observamos como a través del rango promedio la cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal es mayor en situación “Hasta 46, sin sobrecarga” (165, 43) que “De 55 en adelante, sobrecarga intensa” (131,79) (Tabla 144).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	6977,500	,005	Hasta 46, sin sobrecarga	240	165,43	39702,50
			De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	131,79	9752,50
			Total	314		

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 144. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 3, es decir, puntuación “De 46 hasta 55, sobrecarga ligera” vs puntuación “De 55 en adelante, sobrecarga intensa” correlacionados con la variable “Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p > 0,05$ ) (Tabla 145).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador	N	Rango promedio	Suma de rangos
Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal	1494,000	,090	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	49	68,51	3357,00
			De 55 en adelante, sobrecarga intensa	74	57,69	4269,00
			Total	123		

b Variable de agrupación: Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador

Tabla 145. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala ZARIT ; sobrecarga del cuidador. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.23 VARIABLES ECONÓMICAS VS ECOG.

Contrastamos variables económicas respecto de la escala de medida ECOG; recategorizamos la variable a través de la mediana al tratarse de una distribución no normal buscando que actúe como variable independiente.

Estudiando normalidad, nos encontramos con variables no normales, vía no paramétrica de tres o más medias, utilizamos la prueba del estadístico H de Kruskal-Wallis – ANOVA no paramétrica-.

	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Ecog	N	Rango promedio
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer</b>	7,375	5	<b>,194</b>	Ecog 0	59	209,65
				Ecog 1	125	183,57
				Ecog 2	89	178,62
						157,56
				Ecog 4	48	171,89
				Ecog 5	2	150,00
			Total	363		
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante último año fiscal</b>	4,936	5	<b>,424</b>	Ecog 0	59	205,60
				Ecog 1	125	181,70
				Ecog 2	89	176,99
				Ecog 3	40	162,55
				Ecog 4	48	180,41
				Ecog 5	2	154,50
			Total	363		
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer</b>	8,084	5	<b>,152</b>	Ecog 0	14	53,32
				Ecog 1	50	63,56
				Ecog 2	36	72,56
				Ecog 3	13	53,19
				Ecog 4	10	49,60
				Ecog 5	1	26,00
			Total	124		
<b>Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por la enfermedad oncológica</b>	5,782	5	<b>,328</b>	Ecog 0	35	136,19
				Ecog 1	99	131,93
				Ecog 2	67	144,83
				Ecog 3	36	139,44
				Ecog 4	35	135,70
				Ecog 5	2	187,00
			Total	274		
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por la enfermedad oncológica</b>	3,047	5	<b>,693</b>	Ecog 0	13	79,23
				Ecog 1	48	83,50
				Ecog 2	42	91,50
				Ecog 3	27	76,59
				Ecog 4	39	91,97
				Ecog 5	2	85,00
			Total	171		

<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente</b>	6,486	3	<b>,090</b>	Ecog 1	12	25,58
				Ecog 2	21	24,93
				Ecog 3	10	38,05
				Ecog 4	11	24,91
				Total	54	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	12,883	5	<b>,024</b>	Ecog 0	32	101,34
				Ecog 1	72	130,48
				Ecog 2	65	122,98
				Ecog 3	26	106,25
				Ecog 4	39	106,91
				Ecog 5	2	201,25
				Total	236	

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 146. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Puntuación Lawton y Brody; actividades de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Observamos a través de la tabla que existe significación en la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital” ( $p < 0,05$ ) (Tabla 146).

La prueba propiamente dicha nos indica que existe diferencia y significación en esta variable, pero sin indicarnos en función de que rango de puntuación de la escala ECOG.

### 6.3.21.1 GASTO EXTRAORDINARIO EN ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA VS ESCALA ECOG.

Para poder tener certeza de donde se encuentra la diferencia de la significación en relación con qué puntuación de la escala ECOG correlacionado con el gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital, utilizamos contrastes simples comparando las diferentes puntuaciones de la escala, es decir, diferentes rangos, como en anteriores.

El primer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 2, es decir, puntuación “Ecog 0” vs puntuación “Ecog 1” correlacionados con la variable “Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital”. Dicha correlación nos refleja que sí existe significación en el contraste ( $p < 0,05$ ) (Tabla 147).

Observamos con el rango promedio como el gasto extraordinario de la variable es superior si nos encontramos en una Escala “Ecog 1” (56,53) que si nos encontramos en “Ecog 0” (43,42) (Tabla 147).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	861,500	020	Ecog 0	32	43,42	1389,50
			Ecog 1	72	56,53	4070,50
			Total	104		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 147. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog: autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El segundo contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 3, es decir, puntuación “Ecog 0” vs puntuación “Ecog 2”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación en el contraste ( $p > 0,05$ ) (Tabla 148).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	854,500	,088	Ecog 0	32	43,20	1382,50
			Ecog 2	65	51,85	3370,50
			Total	97		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 148. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El tercer contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 4, es decir, puntuación “Ecog 0” vs puntuación “Ecog 3”. Dicha correlación nos refleja no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 149).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. Monte Carlo (bilateral)</b>	<b>Escala Ecog; autonomía del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	403,500	,784	Ecog 0	32	29,11	931,50
			Ecog 3	26	29,98	779,50
			Total	58		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 149. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El cuarto contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 5, es decir, puntuación “Ecog 0” vs puntuación “Ecog 4”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 150).

	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. Monte Carlo (bilateral)</b>	<b>Escala Ecog; autonomía del paciente</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	590,000	,637	Ecog 0	32	34,94	1118,00
			Ecog 4	39	36,87	1438,00
			Total	71		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 150. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 1 vs grupo 6, es decir, puntuación “Ecog 0” vs puntuación “Ecog 5” Dicha correlación nos refleja que existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 151).

Observando el rango promedio vemos como el gasto extraordinario es mayor en puntuación “Ecog 5” (30,75) que en puntuación “Ecog 0” (16,67) (Tabla 151).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	5,500	,027	Ecog 0	32	16,67	533,50
			Ecog 5	2	30,75	61,50
			Total	34		

c Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 151. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 3, es decir, puntuación “Ecog 1” vs puntuación “Ecog 2”. Dicha correlación nos refleja que no existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 152).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	2201,500	,511	Ecog 1	72	70,92	5106,50
			Ecog 2	65	66,87	4346,50
			Total	137		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 152. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog; autonomía de paciente.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



El siguiente contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 4, es decir, puntuación “Ecog 1” vs puntuación “Ecog 3”. No existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 153).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	745,000	<b>,084</b>	Ecog 1	72	52,15	3755,00
			Ecog 3	26	42,15	1096,00
			Total	98		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 153. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 5, es decir, puntuación “Ecog 1” vs puntuación “Ecog 4”. Existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 154).

Los rangos promedios nos indican que el gasto extraordinario es mayor para puntuación “Ecog 1” (59,99) que en puntuación “Ecog 4” (48,63) (Tabla 154).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	1116,500	<b>,042</b>	Ecog 1	72	59,99	4319,50
			Ecog 4	39	48,63	1896,50
			Total	111		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 154. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 2 vs grupo 6, es decir, puntuación “Ecog 1” vs puntuación “Ecog 5”. No existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 155).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	27,000	,095	Ecog 1	72	36,88	2655,00
			Ecog 5	2	60,00	120,00
			Total	74		

c Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 155. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste, grupo 3 vs grupo 4, es decir, puntuación “Ecog 2” vs puntuación “Ecog 3”. No existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 156).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	731,500	,235	Ecog 2,	65	47,75	3103,50
			Ecog 3	26	41,63	1082,50
			Total	91		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 156. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 3 vs grupo 5, es decir, puntuación “Ecog 2” vs puntuación “Ecog 4”. No existe significación ( $p>0,05$ ) (Tabla 157).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	1094,000	,166	Ecog 2	65	55,17	3586,00
			Ecog 4	39	48,05	1874,00
			Total	104		

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 157. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 3 vs grupo 6, es decir, puntuación “Ecog 2” vs puntuación “Ecog 5”. No existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 158).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	22,500	,068	Ecog 2	65	33,35	2167,50
			Ecog 5	2	55,25	110,50
			Total	67		

Tabla 158. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog. Prueba U de Mann-Whitney.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste es, grupo 4 vs grupo 5, es decir, puntuación “Ecog 3” vs puntuación “Ecog 4”. No existe significación ( $p > 0,05$ ) (Tabla 159).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario</b>	500,500	,906	Ecog 3	26	32,75	851,50
			Ecog 4	39	33,17	1293,50

en el último año en traslados al hospital	Total	65
---	-------	----

b Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 159. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 4 vs grupo 6, es decir, puntuación “Ecog 3” vs puntuación “Ecog 5”. Sí existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 160).

El rango promedio nos indica que existe más gasto extraordinario en puntuación “Ecog 5” (24,50) que en puntuación “Ecog 3” (13,73) (Tabla 160).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital	6,000	,046	Ecog 3	26	13,73	357,00
			Ecog 5	2	24,50	49,00
			Total	28		

c Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 160. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

El siguiente contraste que abordamos es, grupo 5 vs grupo 6, es decir, puntuación “Ecog 4” vs puntuación “Ecog 5”. Sí existe significación ( $p < 0,05$ ) (Tabla 161).

El rango promedio nos indica que existe mayor gasto extraordinario en puntuación “Ecog 5” (36,75) que en puntuación “Ecog 4” (20,19) (Tabla 161).

	U de Mann-Whitney	Sig. Monte Carlo (bilateral)	Escala Ecog; autonomía del paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital</b>	7,500	<b>,023</b>	Ecog 4	39	20,19	787,50
			Ecog 5	2	36,75	73,50
			Total	41		

c Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente

Tabla 161. Estadísticos de contraste (a) Variable de agrupación: Escala Ecog; autonomía del paciente. Prueba U de Mann-Whitney. Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.24 ZARIT VS ESCALAS DE MEDIDA DE DEPENDENCIA.

Contrastamos la escala ZARIT respecto de las escalas de medida de dependencia.

La variable ZARIT se ha cruzado con escala de medida Barthel, Lawton y Brody y Ecog en tres medidas de contingencia utilizando escalas recodificadas a partir de la media.

#### 6.3.24.1 ZARIT VS BARTHEL

La prueba de chi-cuadrado resultante (94,985) nos indica que hay correlación entre la variable Zarit y escala de medida Barthel ( $p < 0,001$ ).

El número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5 (13,3%) nos indica que el reparto es generalizable (tabla 162).

	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador			Total
	Hasta 46, sin sobrecarga	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	De 55 en adelante, sobrecarga intensa	Hasta 46, sin sobrecarga

<b>Puntuació n Barthel</b>	Hasta 20, total	Recuento	12	11	25	<b>48</b>
		Frecuencia esperada	31,7	6,5	9,8	<b>48,0</b>
		% de Puntuació n Barthel	25,0%	22,9%	52,1%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	5,0%	22,4%	33,8%	<b>13,2%</b>
	De 20 a 35, grave	Recuento	6	6	9	<b>21</b>
		Frecuencia esperada	13,9	2,8	4,3	<b>21,0</b>
		% de Puntuació n Barthel	28,6%	28,6%	42,9%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	2,5%	12,2%	12,2%	<b>5,8%</b>
	De 40 a 55, moderado	Recuento	21	11	15	<b>47</b>
		Frecuencia esperada	31,1	6,3	9,6	<b>47,0</b>
		% de Puntuació n Barthel	44,7%	23,4%	31,9%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	8,8%	22,4%	20,3%	<b>12,9%</b>
	De 60 a 99, leve	Recuento	97	16	18	<b>131</b>
		Frecuencia esperada	86,6	17,7	26,7	<b>131,0</b>
		% de Puntuació n Barthel	74,0%	12,2%	13,7%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	40,4%	32,7%	24,3%	<b>36,1%</b>
	100, independiente	Recuento	104	5	7	<b>116</b>
		Frecuencia esperada	76,7	15,7	23,6	<b>116,0</b>
		% de Puntuació n Barthel	89,7%	4,3%	6,0%	<b>100,0%</b>

	% de Escala Zarit	43,3%	10,2%	9,5%	<b>32,0%</b>
<b>Total</b>	Recuento	<b>240</b>	<b>49</b>	<b>74</b>	<b>363</b>
	Frecuencia esperada	<b>240,0</b>	<b>49,0</b>	<b>74,0</b>	<b>363,0</b>
	% de Puntuación Barthel	<b>66,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>20,4%</b>	<b>100,0%</b>
	% de Escala Zarit	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	94,985(a)	8	<b>,000</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	96,069	8	,000
<b>Asociación lineal por lineal</b>	85,144	1	,000
<b>N de casos válidos</b>	363		

a 2 casillas (13,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,83.

Tabla 162. Tabla de contingencia Puntuación Barthel con Escala Zarit . Prueba de Chi-cuadrado a partir de Tablas de contingencia.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

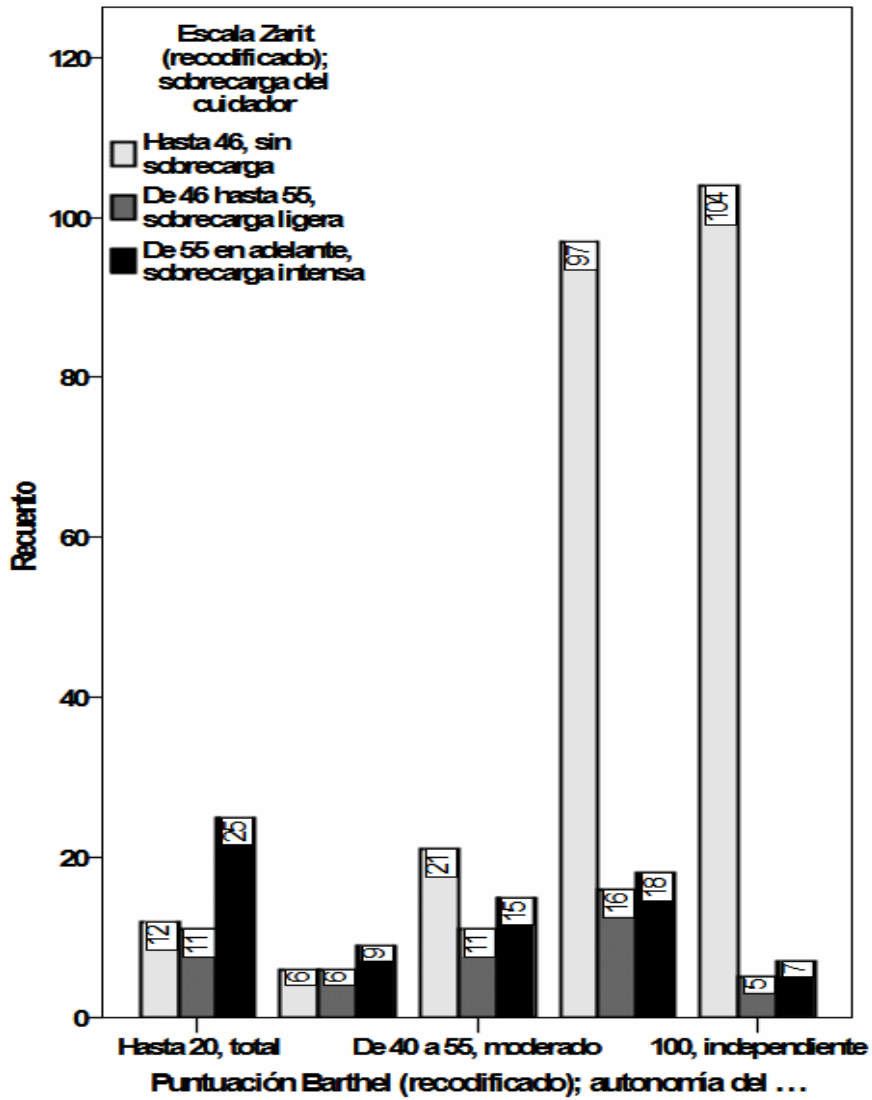


Figura 73. Puntuación Barthel con Escala Zarit.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

#### 6.3.24.2 ZARIT VS LAWTON Y BRODY

La prueba de chi-cuadrado resultante (104,404) nos indica que hay correlación entre la variable Zarit y escala de medida Lawton y Brody ( $p < 0,001$ ).

El número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5 (6,7%) nos indica que el reparto es generalizable (tabla 163).



			<b>Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador</b>			<b>Total</b>
			Hasta 46, sin sobrecarga	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	De 55 en adelante, sobrecarga intensa	Hasta 46, sin sobrecarga
<b>Puntuación Lawton y Brody ; actividades de la vida diaria</b>	De 0 a 1, total	Recuento	6	3	23	<b>32</b>
		Frecuencia esperada	21,2	4,3	6,5	<b>32,0</b>
		% de Puntuación Lawton y Brody	18,8%	9,4%	71,9%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	2,5%	6,1%	31,1%	<b>8,8%</b>
	De 2 a 3, severa	Recuento	17	13	14	<b>44</b>
		Frecuencia esperada	29,1	5,9	9,0	<b>44,0</b>
		% de Puntuación Lawton y Brody	38,6%	29,5%	31,8%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	7,1%	26,5%	18,9%	<b>12,1%</b>
	De 4 a 5, moderada	Recuento	43	16	17	<b>76</b>
		Frecuencia esperada	50,2	10,3	15,5	<b>76,0</b>
		% de Puntuación Lawton y Brody	56,6%	21,1%	22,4%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	17,9%	32,7%	23,0%	<b>20,9%</b>
	De 6 a 7, ligera	Recuento	92	12	17	<b>121</b>
		Frecuencia esperada	80,0	16,3	24,7	<b>121,0</b>
		% de Puntuación Lawton y Brody	76,0%	9,9%	14,0%	<b>100,0%</b>
	% de Escala Zarit	38,3%	24,5%	23,0%	<b>33,3%</b>	
8, independiente	Recuento	82	5	3	<b>90</b>	
	Frecuencia esperada	59,5	12,1	18,3	<b>90,0</b>	
	% de Puntuación	91,1%	5,6%	3,3%	<b>100,0%</b>	

		Lawton y Brody				
		% de	34,2%	10,2%	4,1%	24,8%
		Escala Zarit				
<b>Total</b>	Recuento	<b>240</b>	<b>49</b>	<b>74</b>	<b>363</b>	
	Frecuencia esperada	<b>240,0</b>	<b>49,0</b>	<b>74,0</b>	<b>363,0</b>	
	% de	<b>66,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>20,4%</b>	<b>100,0%</b>	
		Puntuación Lawton y Brody				
	% de	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	
		Escala Zarit				

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	104,404(a)	8	<b>,000</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	97,712	8	,000
<b>Asociación lineal por lineal</b>	85,320	1	,000
<b>N de casos válidos</b>	363		

a 1 casillas (6,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,32.

Tabla 163. Tabla de contingencia Puntuación Lawton y Brody con Escala Zarit. Prueba de Chi-cuadrado a partir de Tablas de contingencia. Fuente: Elaboración propia, 2022.

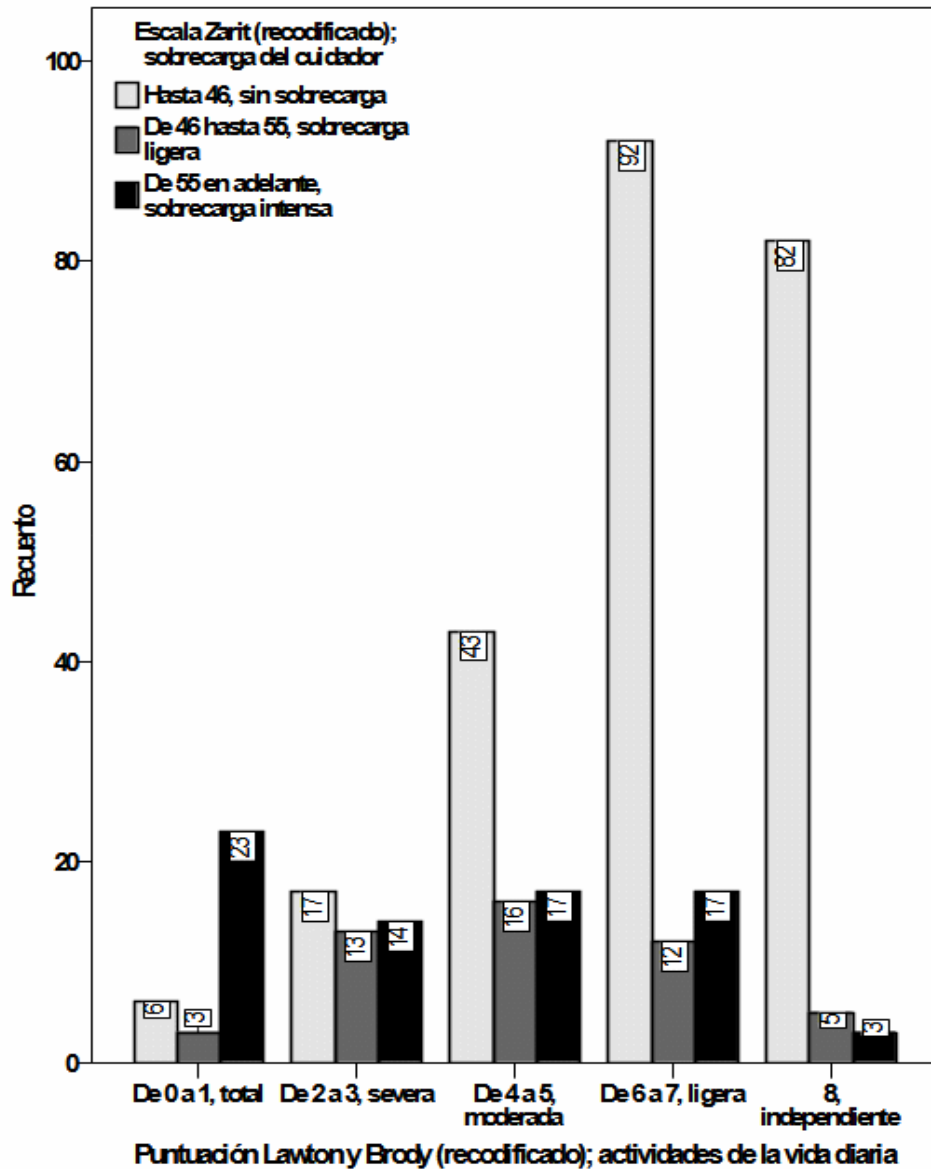


Figura 73. Puntuación Lawton y Brody con Escala Zarit.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

### 6.3.24.3 ZARIT VS ECOG

La prueba de chi-cuadrado resultante (106,726) nos indica que hay correlación entre la variable Zarit y ECOG ( $p < 0,001$ ).

El número de casillas con una frecuencia esperada inferior a 5 (16,7%) nos indica que el reparto es generalizable (tabla 164).

Escala Ecog; autonomía del paciente	Escala Ecog	Recuento	Escala Zarit ; sobrecarga del cuidador			Total
			Hasta 46, sin sobrecarga	De 46 hasta 55, sobrecarga ligera	De 55 en adelante, sobrecarga intensa	
Escala Ecog; autonomía del paciente	Ecog 0	Recuento	58	1	0	<b>59</b>
		Frecuencia esperada	39,0	8,0	12,0	<b>59,0</b>
		% de Escala Ecog	98,3%	1,7%	,0%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit (recodificado)	24,2%	2,0%	,0%	<b>16,3%</b>
	Ecog 1	Recuento	103	10	12	<b>125</b>
		Frecuencia esperada	82,6	16,9	25,5	<b>125,0</b>
		% de Escala Ecog	82,4%	8,0%	9,6%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	42,9%	20,4%	16,2%	<b>34,4%</b>
	Ecog 2	Recuento	52	18	19	<b>89</b>
		Frecuencia esperada	58,8	12,0	18,1	<b>89,0</b>
		% de Escala Ecog	58,4%	20,2%	21,3%	<b>100,0%</b>
		% de Escala Zarit	21,7%	36,7%	25,7%	<b>24,5%</b>
Ecog 3	Recuento	16	8	16	<b>40</b>	
	Frecuencia esperada	26,4	5,4	8,2	<b>40,0</b>	
	% de Escala Ecog	40,0%	20,0%	40,0%	<b>100,0%</b>	
	% de Escala Zarit	6,7%	16,3%	21,6%	<b>11,0%</b>	
Ecog 4	Recuento	10	12	26	<b>48</b>	
	Frecuencia esperada	31,7	6,5	9,8	<b>48,0</b>	
	% de Escala Ecog	20,8%	25,0%	54,2%	<b>100,0%</b>	
	% de Escala Zarit	4,2%	24,5%	35,1%	<b>13,2%</b>	
Ecog 5	Recuento	1	0	1	<b>2</b>	
	Frecuencia esperada	1,3	,3	,4	<b>2,0</b>	
	% de Escala Ecog	50,0%	,0%	50,0%	<b>100,0%</b>	
	% de Escala Zarit	,4%	,0%	1,4%	<b>,6%</b>	
<b>Total</b>	Recuento	<b>240</b>	<b>49</b>	<b>74</b>	<b>363</b>	
	Frecuencia esperada	<b>240,0</b>	<b>49,0</b>	<b>74,0</b>	<b>363,0</b>	
	% de Escala Ecog	<b>66,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>20,4%</b>	<b>100,0%</b>	
	% de Escala Zarit	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	106,726(a)	10	,000
Razón de verosimilitudes	117,660	10	,000
Asociación lineal por lineal	96,973	1	,000
N de casos válidos	363		

a 3 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

Tabla 164. Tabla de contingencia Puntuación Lawton y Brody con Escala Zarit . Prueba de Chi-cuadrado a partir de Tablas de contingencia. Fuente: Elaboración propia, 2022.

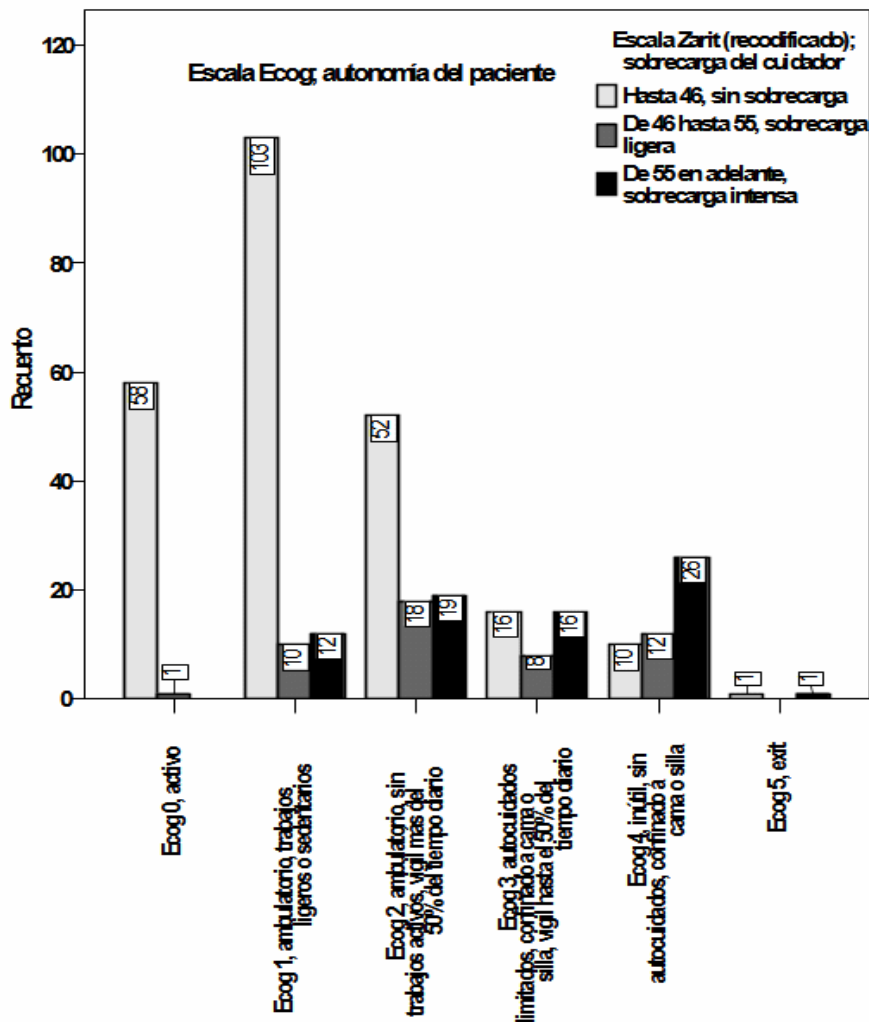


Figura 74. Puntuación ECOG con Escala Zarit. Fuente: Elaboración propia, 2022.

## 6.4 ESTRUCTURA DE COSTES.

La estructura de costes es la *cuantía total de ingresos de media que tiene el paciente y familia en un año fiscal y la cuantía de gastos de media que el paciente tiene por tener cáncer.*

Los datos son obtenidos a partir de valores promediados de cada una de las variables para ver de forma objetiva y coherente cuantía de ingresos y cuantía de gastos.

Hacemos prueba de normalidad para ver si es significativo el gasto extra-TOTAL que tiene el paciente por tener cáncer y observamos como existe mucha significación ( $p < 0,001$ ) (Tabla 165).

Analizamos por tanto las variables.

	Shapiro-Wilk			Estadístico	
	Estadístico	gl	Sig.		
<b>Gasto extra-Total (farmacia, ortopedia, cuidados, casa)</b>	,790	365	<b>,000</b>	Media	1258,356
				Mediana	900,000
				Varianza	1509524,763
				Desv. típ.	1228,6272
				Mínimo	,0
				Máximo	6300,0
				Rango	6300,0
				Amplitud intercuartil	1050,0

Tabla 165. Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.1 Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer; valores promediados.

El estudio muestra que un total de 30,1% (110 pacientes) tienen una cuantía de ingresos de media anuales netos en el hogar antes del diagnóstico de cáncer de 15000€, un 21,4% (78 pacientes) tienen una cuantía de ingresos de 21000€ y 18,1% (66 pacientes) tienen una cuantía de ingresos de 9000€ (Tabla 166).

El 52% de los pacientes antes de tener cáncer, tenían una cuantía de ingresos anuales netos en el hogar inferiores a 15000€ de media.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	3000€	14	3,8	3,9	3,9
	9000€	66	18,1	18,2	22,0
	15000€	110	30,1	30,3	52,3
	21000€	78	21,4	21,5	73,8
	27000€	48	13,2	13,2	87,1
	33000€	47	12,9	12,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 166. Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total. Valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

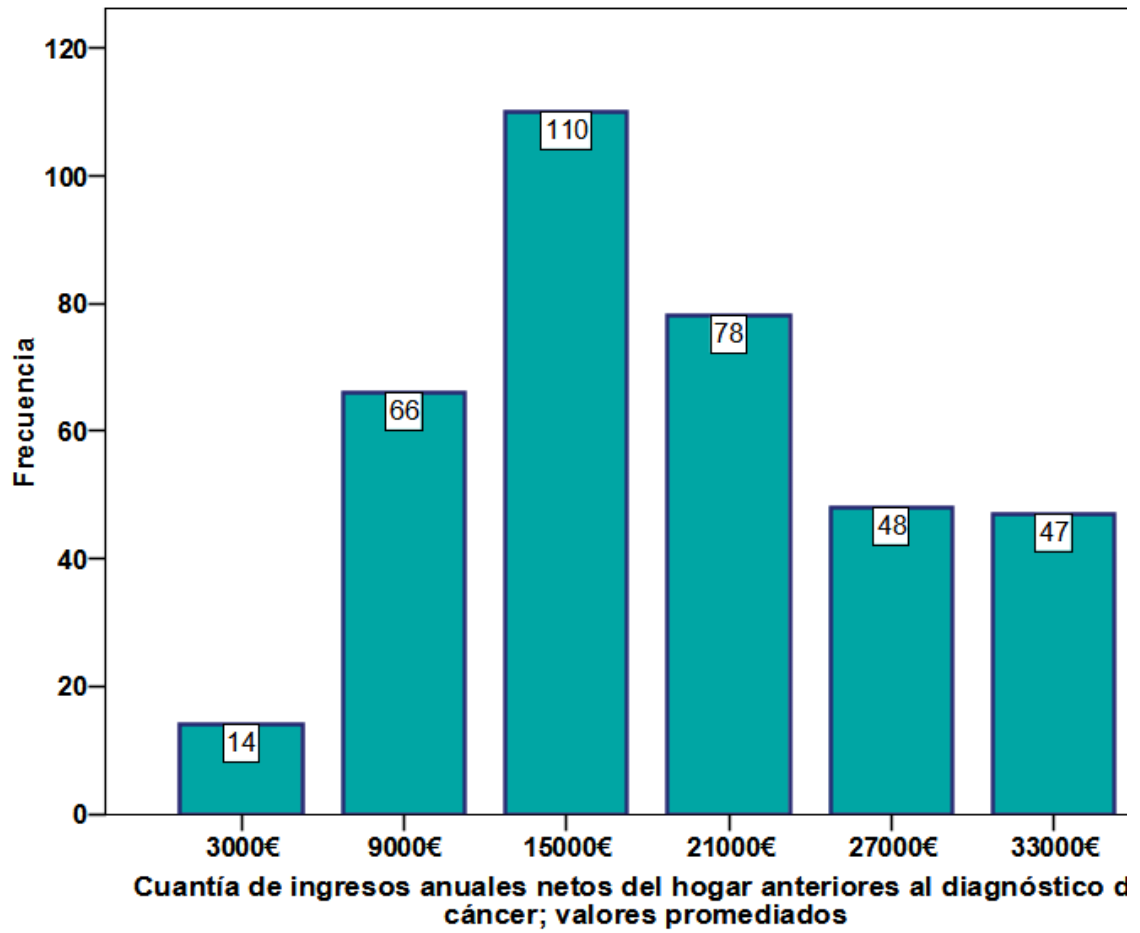


Figura 75. Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



6.4.2 Cuantía de ingresos anuales netos durante último año fiscal; valores promediados.

El estudio muestra que un total de 27,9% (102 pacientes) tienen una cuantía de ingresos de media anuales netos en el último año fiscal de 15000€, un 22,2% (81 pacientes) una cuantía de ingresos de 9000€ y 20,0% (73 pacientes) una cuantía de ingresos de 21000€ de media (Tabla 167).

El 55% de los pacientes en el último año fiscal han tenido una cuantía de ingresos anuales netos menores de 15000€ de media.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	3000€	18	4,9	5,0	5,0
	9000€	81	22,2	22,3	27,3
	15000€	102	27,9	28,1	55,4
	21000€	73	20,0	20,1	75,5
	27000€	50	13,7	13,8	89,3
	33000€	39	10,7	10,7	100,0
	<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,5		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 167. Tabla de descriptivos y prueba de normalidad. Descriptivos gastos extras: total. Valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

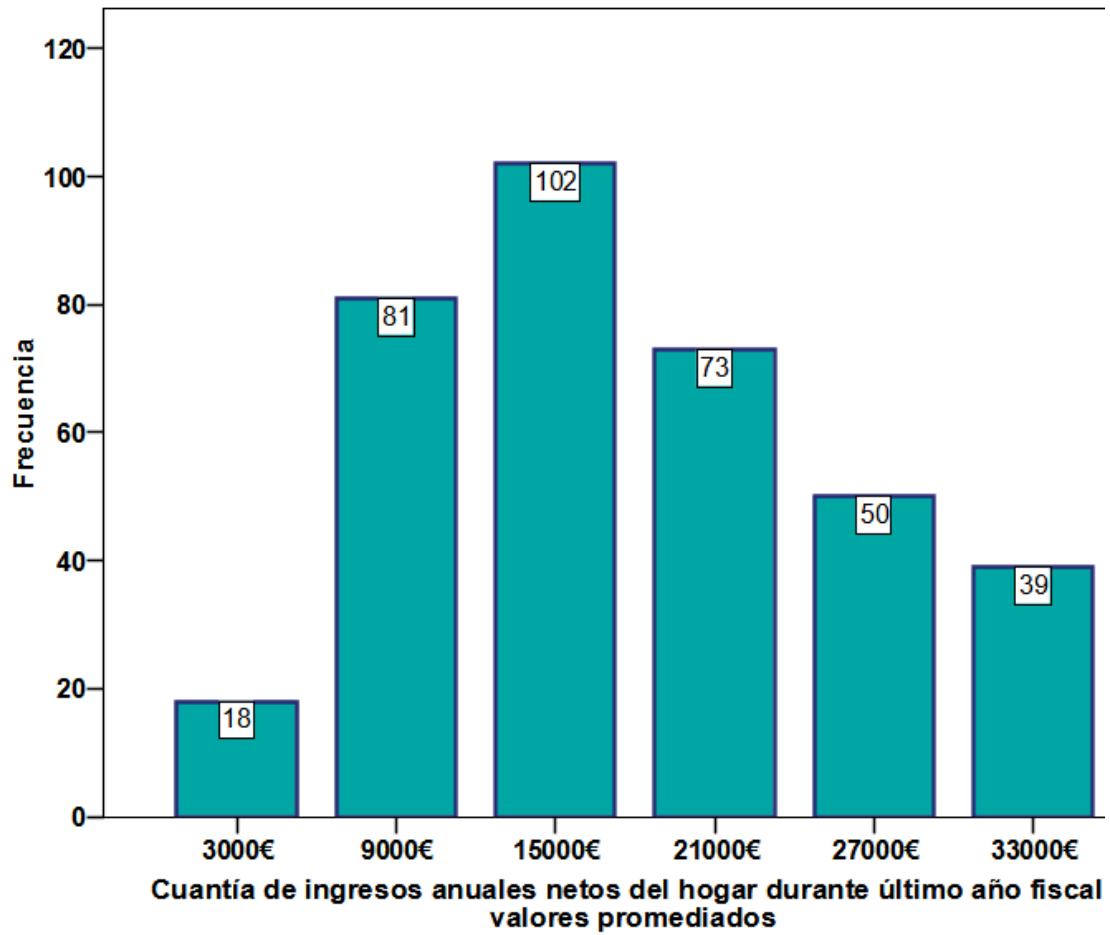


Figura 76. Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.3 Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados.

El estudio muestra que el 14,0% (51 pacientes) han sufrido una variación en sus ingresos de un 10%, el 13,7% (50 pacientes) han sufrido una variación en sus ingresos del 30%, y el 6,3% (23 pacientes) han sufrido una variación de entre el 50% y el 80% (Tabla 168).

El 34% de la muestra de nuestro estudio (124 pacientes) han sufrido, variación en sus ingresos desde el diagnóstico de cáncer.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	10%	51	14,0	41,1	41,1
	30%	50	13,7	40,3	81,5
	50%	18	4,9	14,5	96,0
	80%	5	1,4	4,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>34,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	241	66,0		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 168. Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

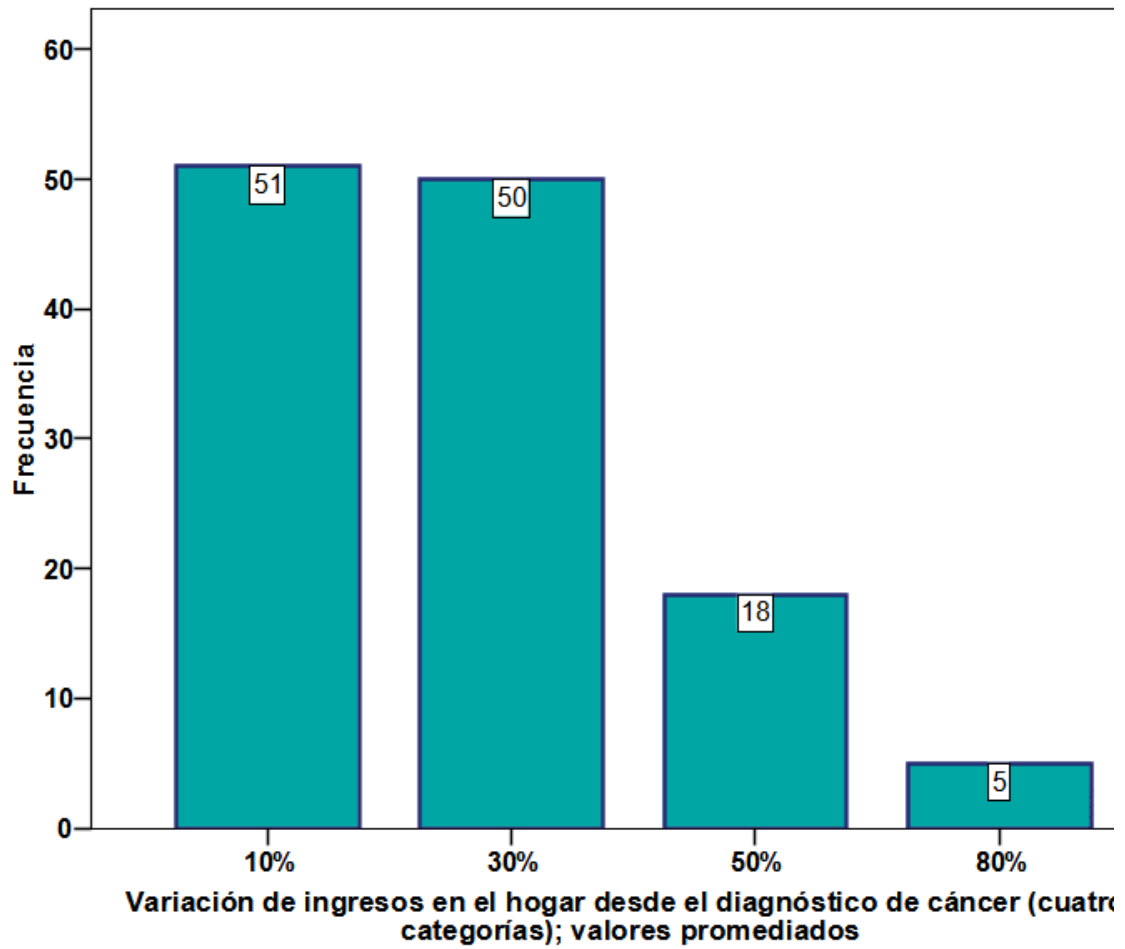


Figura 77. Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.4 Gastos extraordinarios en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica; valores promediados.

El total de 65,8% (240 pacientes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por cáncer de 300€ de media, el 7,1 % (26 pacientes) ha tenido un gasto extraordinario de 900€ y, el 2,2% (8 pacientes) han tenido un gasto extraordinario de 1500€ (Tabla 169).

El 75,1% de la muestra de nuestro estudio (274 pacientes) han tenido gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	300€	240	65,8	87,6	87,6
	900€	26	7,1	9,5	97,1
	1500€	8	2,2	2,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>75,1</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	91	24,9		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 169. Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parafarmacia por enfermedad oncológica. Valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

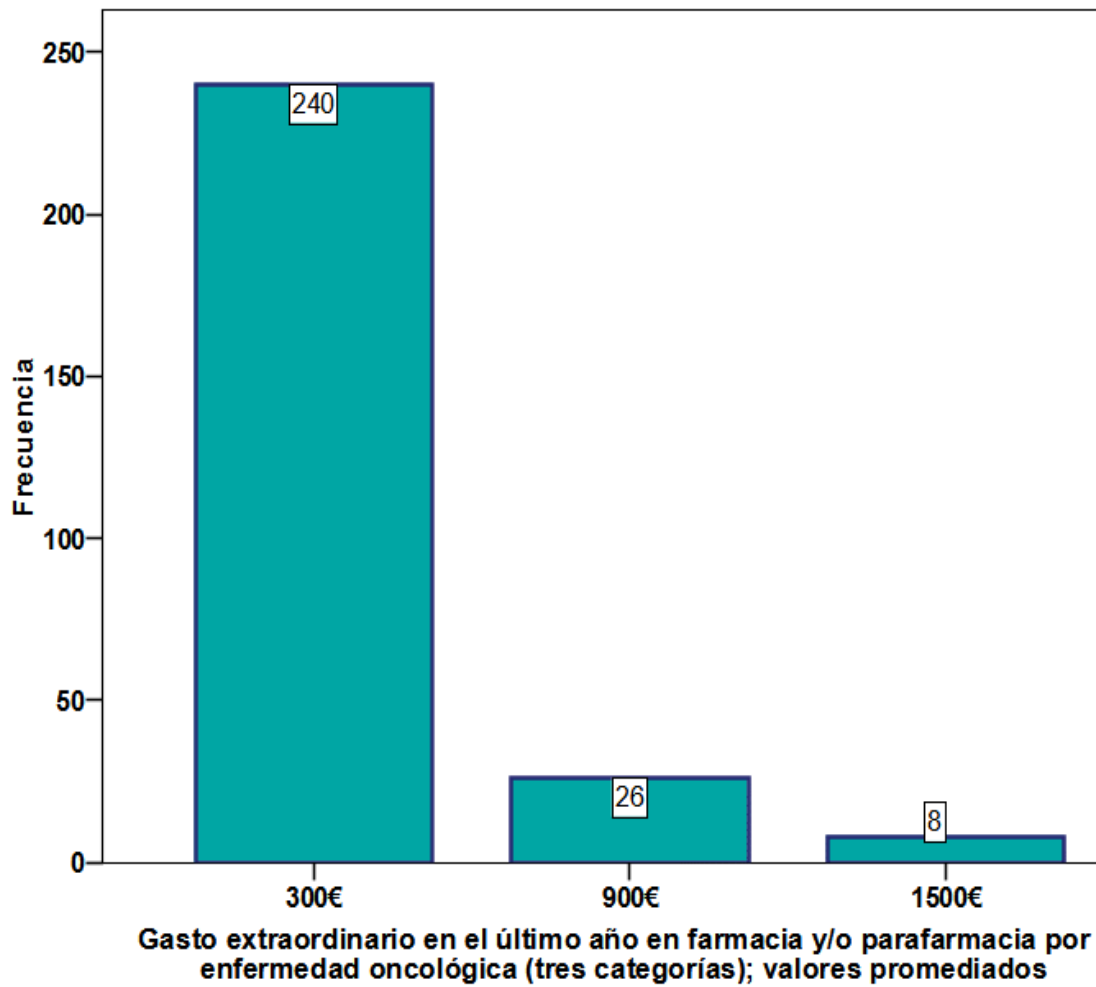


Figura 78. Gasto extraordinario en el último año en farmacia y/o parapharmacia por enfermedad oncológica. Valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.5 Gastos extraordinarios en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados.

El total de 25,5% (93 pacientes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por cáncer de 300€, el 16,2% (59 pacientes) han tenido un gasto extraordinario de 900€ y el 5,2% (19 pacientes) han tenido un gasto extraordinario de 1500€ de media.

El 46,8% de la muestra de nuestro estudio (171 pacientes) han tenido gasto extraordinario en el último año en material ortopédico.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Válidos</b>	300€	93	25,5	54,4	54,4
	900€	59	16,2	34,5	88,9
	1500€	19	5,2	11,1	100,0
	<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>46,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	194	53,2		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 170. Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

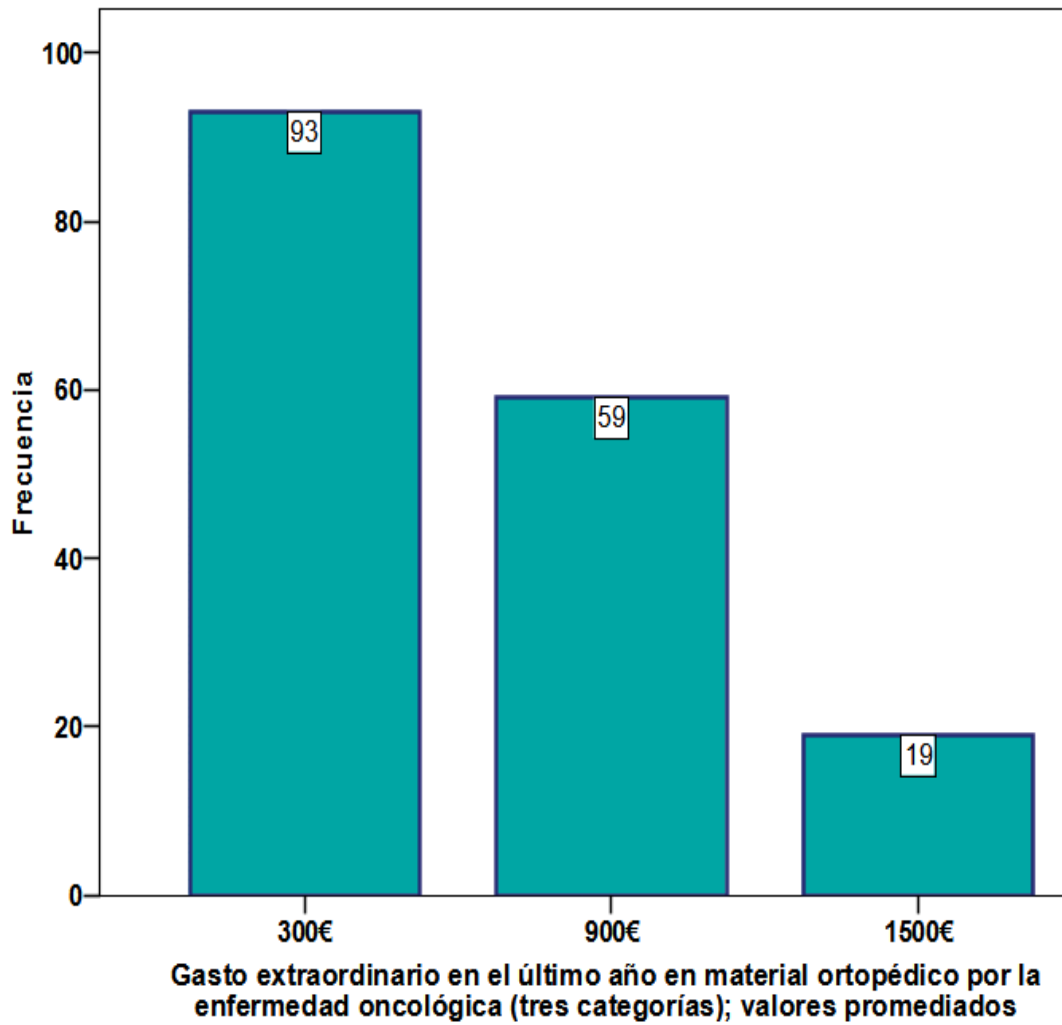


Figura 79. Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.



6.4.6 Gastos extraordinarios en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento; valores promediados.

El total de 7,1% (26 pacientes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio por cáncer de 300€, el 3,6 % (13 pacientes) han tenido un gasto extraordinario de 900€ y el 4,1% (15 pacientes) han tenido un gasto extraordinario de 1500€ (Tabla 171).

El 14,8% de la muestra de nuestro estudio (54 participantes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	300€	26	7,1	48,1	48,1
	900€	13	3,6	24,1	72,2
	1500€	15	4,1	27,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>14,8</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	311	85,2		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 171. Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

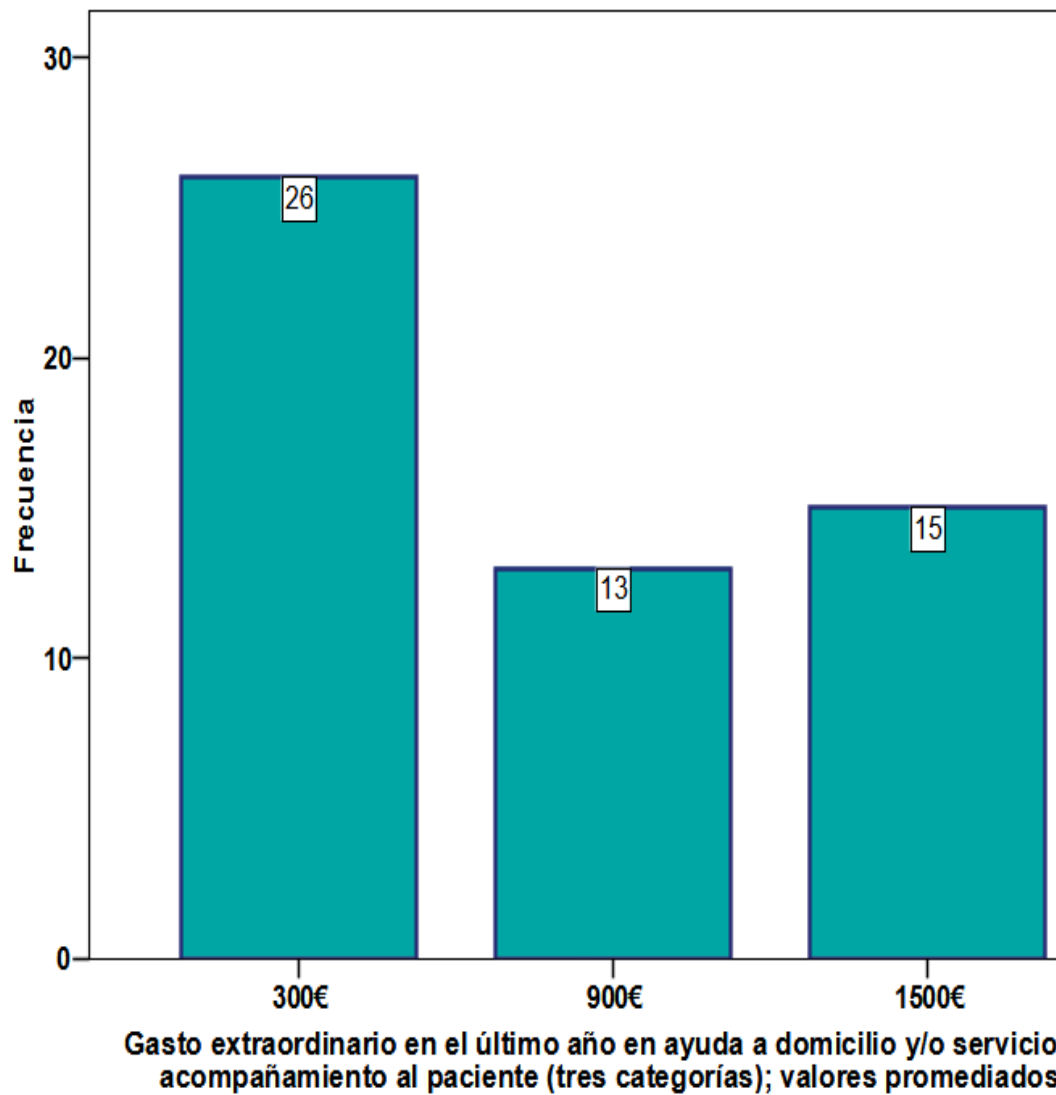


Figura 80. Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico por enfermedad oncológica; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.7 Gastos extraordinarios en el último año en traslados al hospital; valores promediados.

El estudio muestra que el 41,4% (151 pacientes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital por cáncer de 300€, el 12,1% (44 pacientes) un gasto extraordinario de 900€, el 4,4% (16 pacientes) un gasto extraordinario de 1500€, el 2,7% (10 pacientes) un gasto extraordinario de 2400€ y el 4,1% (15 pacientes) un gasto extraordinario de 4500€.

El 64,7% de la muestra de nuestro estudio (236 pacientes) han tenido un gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	300€	151	41,4	64,0	64,0
	900€	44	12,1	18,6	82,6
	1500€	16	4,4	6,8	89,4
	2400€	10	2,7	4,2	93,6
	4500€	15	4,1	6,4	100,0
	<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>64,7</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	Sistema	129	35,3		
<b>Total</b>		<b>365</b>	<b>100,0</b>		

Tabla 172. Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital; valores promediados.

Fuente: Elaboración propia, 2022.

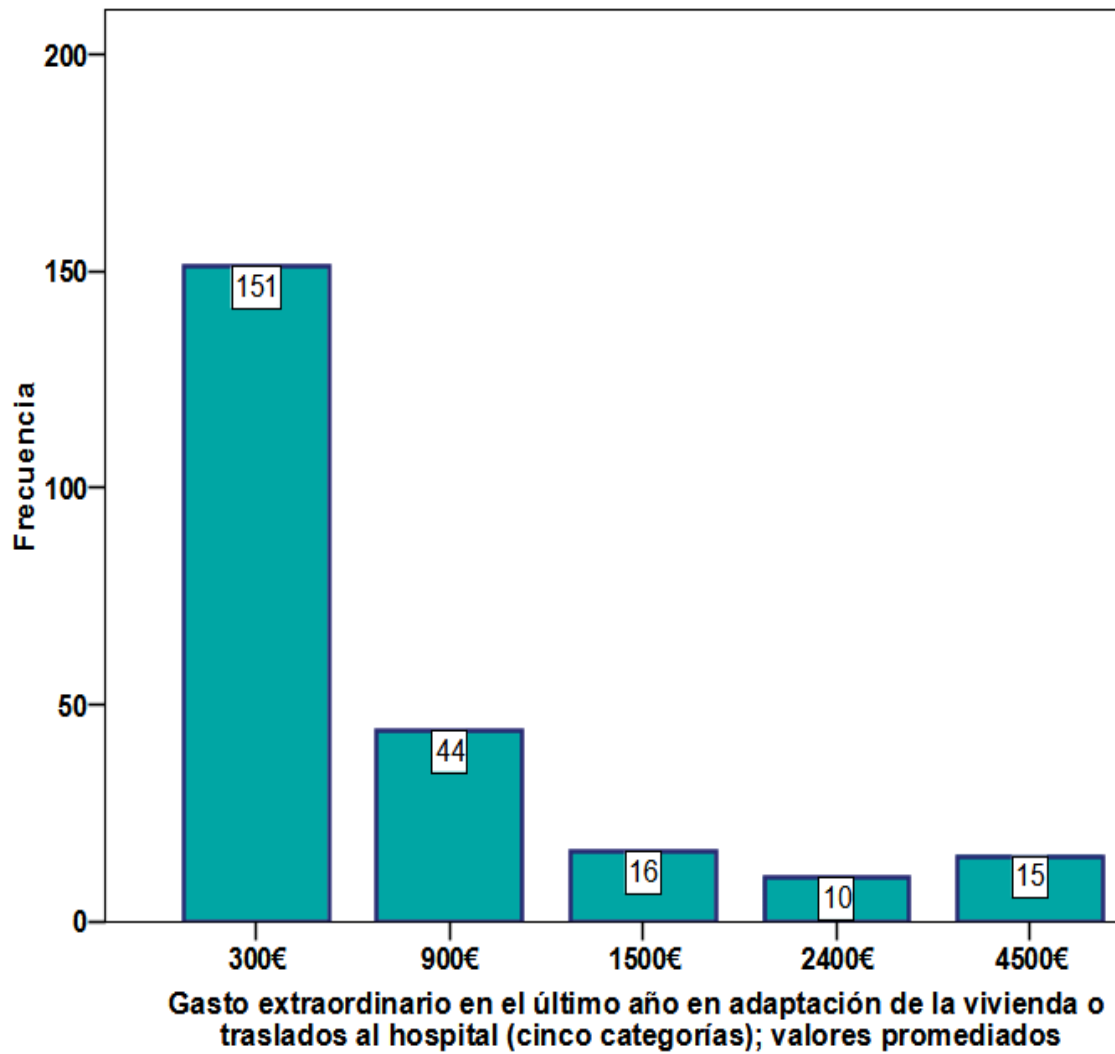


Figura 81. Gasto extraordinario en el último año en traslados al hospital; valores promediados

Fuente: Elaboración propia, 2022.

6.4.8 Gastos extra-TOTAL de farmacia y/o parafarmacia, material ortopédico, ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente y traslados hospital para persona enfermad.

El estudio muestra que el gasto extra-TOTAL de media que asume el paciente por tener cáncer es de:

1258,36 € ( $\pm$  1228,62)

La siguiente figura (Figura 82) nos muestra la cantidad de pacientes y gasto extra-TOTAL que supone tener cáncer; existe asimetría en la curva y vemos como el gasto extra-TOTAL puede llegar a suponer, incluso, un gasto de hasta 6000€.

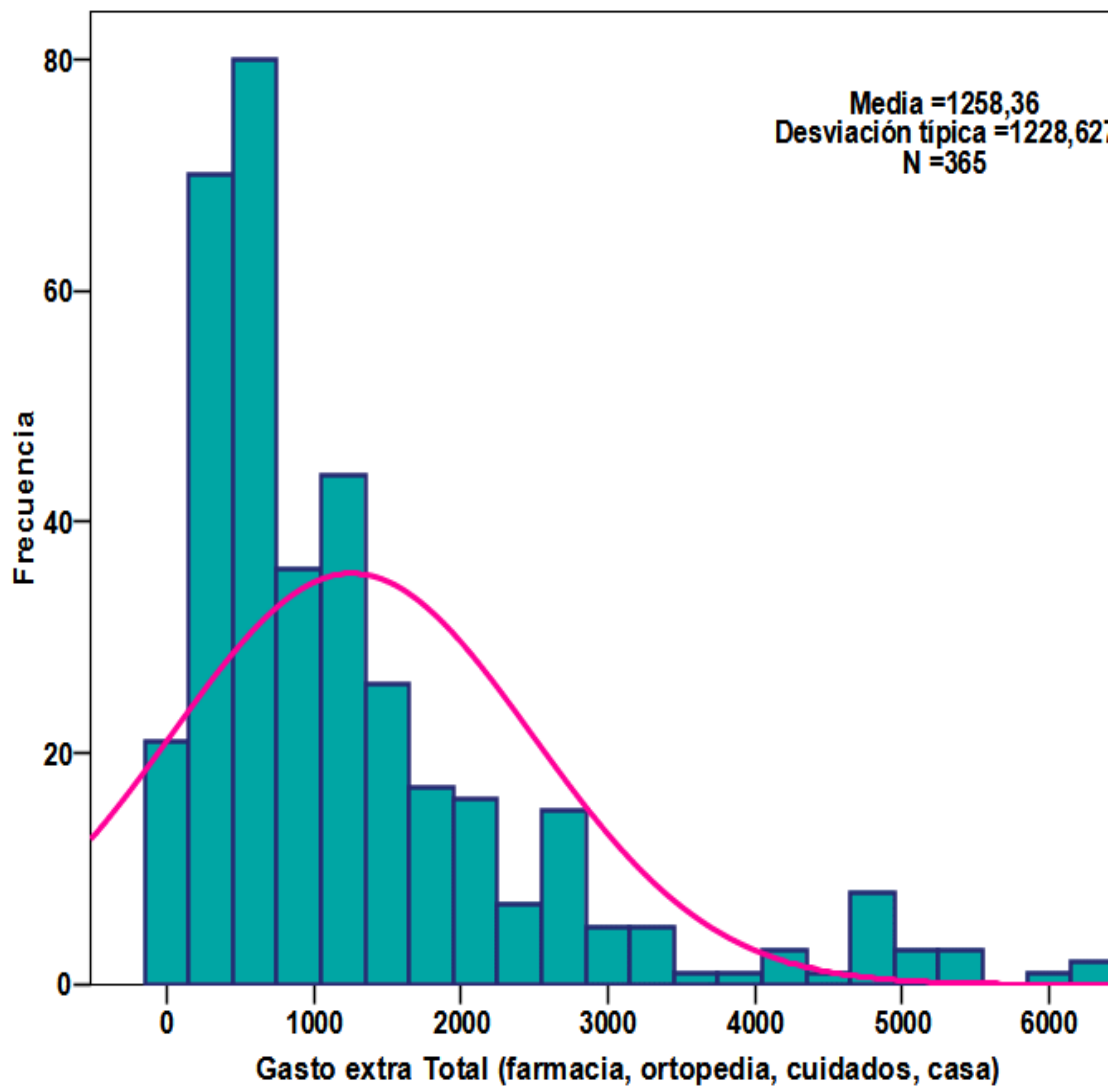


Figura 82. Gasto extra-TOTAL (farmacia, parafarmacia, material ortopédico, ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente y traslados a hospital).

Fuente: Elaboración propia, 2022.



**VNiVERSIDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***7. INGRESOS VS GASTOS.***

***LA REALIDAD SOCIAL DEL CÁNCER.***

La realidad social del cáncer supone tener en cuenta los ingresos anuales netos del hogar del paciente durante el último año fiscal junto a los gastos adicionales que tienen que asumir por el simple hecho de tener cáncer.

En el estudio, antes de tener cáncer había más pacientes y unidades familiares que tenían ingresos en el rango entre 12.000€-18.000€ (2,1% más), más pacientes con ingresos en el rango entre 18.000€-24.000€ (1,4%), y más pacientes con ingresos de más de 30.000€ (2,2% más).

En la investigación, si el paciente tiene diagnosticado cáncer, hay más pacientes y unidades familiares con ingresos inferiores a 6000€ (1,1% más) y más pacientes y unidades familiares con ingresos en el rango entre 6000€-12.000€ anuales (2,2% más).

Los *gastos adicionales en farmacia/parafarmacia* para el paciente anuales han supuesto **391,97** € de media.

Los *gastos adicionales en material ortopédico* para el paciente anuales han supuesto **640,35** € de media.

Los *gastos adicionales en ayuda a domicilio* para el paciente anuales han supuesto **777,77** € de media.

Los *gastos adicionales en desplazamientos* para el paciente anuales han supuesto **849,15** € de media.

La media de ingresos anuales de los pacientes obtenida en el estudio ha sido **17859,50** €.

El tener cáncer supone un gasto extra-TOTAL para el paciente y familia de **1258,36** € anuales.



El cáncer supone para el 55% de los pacientes de la muestra del estudio que han ingresado anualmente ingresos netos inferiores a 15000€ un gasto-EXTRA de entre el **8,38%** - **9,67%** de sus ingresos anuales.

## INGRESOS

Ingresos anuales medios en  
hogar del paciente con cáncer  
17859,50€

Ingresos mensuales medios en  
el hogar del paciente con cáncer  
1275,67

## GASTOS

Farmacia/parafarmacia:  
391,97€

Material ortopédico:  
640,35€

Ayuda a domicilio:  
777,77€

Desplazamientos:  
849,15€.

## INGRESOS MEDIOS

*PACIENTE*

1275,67€/mensuales

## GASTOS DEL CÁNCER

1258,36€/anuales

Tabla 173. Tabla Ingresos y gastos de media del paciente oncológico y familia.  
Fuente: Elaboración propia, 2022.



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## **8. DISCUSIÓN.**

El objetivo principal de esta investigación ha sido comprobar el coste adicional y el impacto socioeconómico que supone la enfermedad oncológica en los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer y sus familias.

El cáncer es un problema sociosanitario de primer nivel (31,32,33) que genera situaciones de coste adicional (75,76,77) que no quedan cubiertos por el sistema nacional de salud creando dificultades en la persona en la lucha contra el cáncer no por motivos médicos sino económicos (78,79).

El proceso de la enfermedad no sólo genera costes adicionales con el posible estado físico de discapacidad o dependencia del paciente, sino que nuestros resultados reflejan coste adicional relacionadas con el propio diagnóstico o con el propio tratamiento activo en concepto de medicamentos, desplazamientos para recibir tratamiento, consultas, ayuda a domicilio, material ortopédico, etc.

La enfermedad es una amenaza real a todas las esferas que rodean al paciente y su familia; hemos comprobado que supone un aumento de gastos y desequilibrio familiar generando situaciones de vulnerabilidad socioeconómica (60,61,62,70,71,156).

Las circunstancias económicas del paciente y de la familia determinan la estabilidad financiera para afrontar determinados costes; independientemente del poder adquisitivo, las familias analizadas han requerido durante el proceso, mayor cantidad de recursos económicos al igual que ha ocurrido en otros estudios en concepto de medicamentos, consultas, transportes, alimentación especial, etc. (134).

Partiendo de la hipótesis de que “la enfermedad oncológica produce en muchos pacientes desde su diagnóstico y a lo largo del proceso de su enfermedad, necesidades físicas y psicosociales no financiadas por el sistema público de salud que pueden provocar un impacto económico y emocional en el núcleo familiar”; nos planteamos la realización este estudio para poder analizar

e identificar las diferentes variables que inciden en el gasto económico del paciente y/o familia.

En la revisión de la literatura sobre costes adicionales relacionados con la enfermedad oncológica encontramos que la bibliografía es prácticamente inexistente hasta el siglo XXI; sin embargo, sí que hemos encontrado bastante literatura sobre el coste que supone el cáncer a nivel de economía al Sistema Nacional de Salud (174), el gasto que supone a nivel hospitalario siendo impacto económico público (175) o el cáncer relacionado con las incapacidades resultantes en Seguridad Social para el paciente y pérdida de productividad de los mismos (176).

Podemos observar como la mayoría de estas investigaciones hasta el momento, se han centrado fundamentalmente en la enfermedad de cáncer y no en la persona que padece cáncer de una manera integral teniendo en cuenta el núcleo paciente-familia.

El cáncer no es una enfermedad moderna, ha existido siempre entre nosotros con una preocupación acuciante en la sociedad pasada y en la actualidad. En el último siglo hemos empezado a abordar diferentes consideraciones de diferentes necesidades y preocupaciones que rodean a la persona enferma como epicentro de intervención que hasta el momento no habían sido objeto de valoración (177,178,179,180,181,182,183)

Hemos pasado de la consideración dicotómica médico-paciente a la consideración del modelo biopsicosocial de intervención en la persona enferma (72,73,74) en el que el paciente está compuesto por el sumatorio de la parte biológica, parte social y parte psicológica que diferencia completamente a una persona de otra.

A partir de los hallazgos encontrados en nuestro estudio, aceptamos nuestra hipótesis general que establece que la enfermedad oncológica produce en muchos pacientes desde su diagnóstico y a lo largo del proceso de su

enfermedad, necesidades físicas y psicosociales no financiadas por el sistema público de salud que pueden provocar un impacto económico y emocional en el núcleo familiar.

En el estudio evidenciamos como existen **gastos adicionales** importantes en farmacia y/o parafarmacia, material ortopédico, ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente y traslados a hospital.

Los resultados de gasto adicional del estudio no quedan cubiertos por la Seguridad Social, hecho que coincide con la investigación de Camacho y colaboradores sobre patología de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y enfermedades neuromusculares (2018) quienes señalan que sus pacientes precisan ayudas técnicas ortopédicas, necesidades de asistencia de un cuidador para realización de ABVD, necesidades de cuidados específicos, costos en transporte, etc., que no quedan financiados por la parte pública (185).

Las necesidades de asistencia de los pacientes del estudio de Camacho y colaboradores suponen un gasto adicional generando impacto económico en el propio paciente con ELA y enfermedades neuromusculares y, por ende, en la propia familia; hecho acorde a lo que en el estudio se halla.

También concuerdan los resultados del estudio con Villarejo y colaboradores (2021) quienes señalan que la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias generan gastos derivados de atención domiciliaria reglada, institucionalización, aspectos técnicos, remodelación de viviendas, transporte, gasto de cuidador informal, etc. no quedando financiados por Seguridad Social asumiendo el 88% del coste total de gastos la familia del paciente; únicamente el 12% es financiado por fondos públicos (186).

Uno de los factores más influyentes en el gasto de EA y otras demencias que también concuerda con los resultados obtenidos, es el lugar de residencia del paciente, y es que el estar empadronado en zona rural u urbana es un gran factor para el gasto adicional.

La sintonía con el gasto adicional la encontramos también con Sharrocks y colaboradores (2014) quienes afirman cuando hablan de ensayos clínicos la escasa representación de grupos con un nivel socioeconómico bajo en sus ensayos hecho que relacionan con la capacidad financiera del paciente y la familia que no pueden sufragar gastos adicionales derivados de un ensayo bajo en lo que a desplazamiento a otro lugar diferente de su hogar se refiere (187) conllevando gasto en alojamiento, dietas, transportes, etc.

Es evidente que tener cáncer supone un gasto adicional en diferentes esferas que queda cubierto por el paciente y familia, aspecto que coincide con Wyman (2020) quién afirma que las familias de los pacientes oncológicos asumen el 45% del coste total de la enfermedad con recursos propios en concepto de farmacia y/o parafarmacia, transporte, comida, alojamiento, equipamiento, obras en domicilio, cuidados formales e informales, etc.

Encontramos investigaciones en otros lugares del mundo que reseñan el gasto adicional que supone el hecho de tener cáncer; Iddisru y colaboradores (2021) resaltan en su estudio en Ghana el alto costo de asumir el tratamiento completo de cáncer de mama y de las necesidades derivadas de este, que suelen ser consideradas responsabilidad exclusiva de la familia del paciente que genera una gran carga económica al no poder trabajar (188); Blinder y colaboradores (2020) hablan de la toxicidad financiera que resulta de la disminución de ingresos y aumento del gasto después del diagnóstico de cáncer siendo la toxicidad avanzada una relación directa con el riesgo de muerte entre supervivientes de cáncer (189); los estudios de Arik y colaboradores (2021) reseñan que existe una brecha de privación de los grupos más desfavorecidos de la población de EEUU quienes no acceden por igual a los servicios oncológicos, prevención y gastos de enfermedad (190)

En el estudio de Kimman (2012) hablan del cáncer como la incidencia de una catástrofe financiera posterior al tratamiento puesto que el gasto lo asume la familia siendo a los 12 meses el 30% de los ingresos del hogar generando una pobreza inducida por la propia enfermedad; el cáncer es una de las principales causas de pobreza en el Sudeste Asiático (191).

De la misma forma, el estudio del autor Caro (2014) reseña como el cáncer en Chile es una enfermedad que afecta a todos los niveles de ingresos e incluso es un perjuicio para las familias más pobres al tener menos recursos y peor acceso al servicio de salud destacando que su impacto económico genera mayor incidencia en niveles de mortalidad, morbilidad y calidad de vida (192).

Siguiendo con los resultados del estudio, en cuanto a la consideración de discapacidad, dependencia y capacidad funcional del paciente y la relación con el gasto adicional, hemos visto que no existe significación; es decir, a raíz de los resultados no existe una relación directa entre tener discapacidad y dependencia con tener un aumento del coste o del coste adicional.

Tener mayor o menor discapacidad o dependencia no hace que tengamos mayor o menor gasto extraordinario.

Los costes adicionales existen sin tener relación directa con tener discapacidad o dependencia, hecho que no coincide con las afirmaciones de la investigación de Camacho y colaboradores (2018) en el que hay una relación directa entre tener mayor discapacidad y dependencia con coste adicional mayor de la enfermedad (185).

Tampoco coincide con las investigaciones de Villarejo y colaboradores (2021) en la que los factores que más influyen en el gasto adicional son la gravedad de la demencia, los niveles de dependencia para realizar las ADVD, las condiciones médicas y las comorbilidades asociadas (186).

Dicho hecho puede deberse, como hemos comentado antes, a que los niveles de discapacidad y dependencia no son elevados, al menos en nuestra muestra, lo que nos lleva a pensar que tener gastos adicionales viene determinado por el hecho de padecer la enfermedad de cáncer y no por el hecho de tener una situación desfavorable a nivel de capacidad funcional.



La ventaja que tiene nuestro estudio es que pone en epicentro de intervención al paciente con cáncer considerando todas las variables que pueden incidir en que el paciente y la familia tengan un coste adicional.

Así hemos tenido consideración de variabilidad de factores que inciden, incluidos discapacidad, dependencia, comorbilidades asociadas antes y después de tratamiento, etc.; además de todas las variables intervinientes esbozadas en el estudio.

*El estudio nos afirma que el coste adicional no depende de la situación de capacidad funcional del propio paciente, sino que el coste adicional que sufraga el propio paciente y la familia viene determinado por el hecho de padecer cáncer.*

*Evidenciamos con nuestros resultados, por tanto, que el coste adicional lo determina el hecho de tener cáncer, pero que también, que el hecho propio de tener cáncer supone una reducción de ingresos en la unidad familiar.*

En el estudio, antes del diagnóstico oncológico había más pacientes y unidades familiares que tenían ingresos en el rango entre 12.000€-18.000€ (2,1% más), más pacientes con ingresos en el rango entre 18.000€-24.000€ (1,4%), y más pacientes con ingresos de más de 30.000€ (2,2% más).

En la investigación, si el paciente tiene diagnosticado cáncer, hay más pacientes y unidades familiares con ingresos inferiores a 6000€ (1,1% más) y más pacientes y unidades familiares con ingresos en el rango entre 6000€-12.000€ anuales (2,2% más).

El cáncer supone para el 55% de los pacientes de nuestro estudio que han ingresado anualmente ingresos netos inferiores a 15000€ un gasto-EXTRA de entre el 8,38% - 9,67% de sus ingresos anuales.

Si el coste adicional es por el hecho de tener cáncer y tenemos una reducción de ingresos por el hecho de también padecer la enfermedad, dichas desventajas y coincidiendo con la investigación de Subirats y colaboradores

(2007) configura una nueva realidad de desigualdad y desventaja social en dicho caso para los pacientes (193).

En cuanto a los ingresos económicos la investigación concluyó que tanto antes como después de recibir el diagnóstico, la cuantía de ingresos es mayor cuanto mayor es el nivel de estudios del paciente y por ende de la unidad familiar. Este aspecto coincide con las aportaciones de otras investigaciones como la de Urroz y colaboradores (2020) donde nos afirman que los ingresos promedios de los individuos aumentan a medida que aumenta el nivel de estudios de las personas estimándose un 7,1% extra de ingresos adicionales por cada año adicional de estudios (194).

Las aportaciones del Ministerio de Educación referencian también como existen diferencias muy significativas entre quienes tienen más estudios y quienes tienen nivel educativo bajo o sin estudios (195) o los estudios aportados por el INE donde indica que los que tienen niveles de estudios superiores son los mejor pagados (196).

Los ingresos son mayores antes y después del cáncer cuando el paciente se encuentra con estado civil “casado” observando como el cómputo global de la cuantía de ingresos es mayor cuando las unidades familiares son no monoparentales.

Los ingresos son mayores también cuando el paciente se encuentra en el mundo urbano, posiblemente relacionado con la oportunidad del contexto laboral de la realidad de vivir en el mundo urbano.

El gasto en ayuda a domicilio y traslados a hospital es mayor cuanto mayor es el nivel de estudios, hecho que se relaciona directamente con la capacidad económica de recurso para poder afrontar a las necesidades del proceso de la enfermedad.

Aquellos que mayor cuantía de ingresos anuales, podrán realizar mayor gasto adicional ante las necesidades que tengan.

La cuantía de ingresos anuales es superior antes del cáncer cuando el paciente se encontraba trabajando por cuenta ajena o por cuenta propia por encima de cualquier otra tipología de prestación o jubilación.

Circunstancia que coincide con los trabajos de Wyman (2020); Fernández y colaboradores (2018) quienes afirman que los datos de cotización en el año 2017 de las personas autónomas en España cotizaban por base mínima un total de 919,80€ lo que supone que ante una incapacidad temporal estas mismas personas reciben una prestación de 670€ por mes a lo que hay que descontar los 275€ que tienen que seguir aportando a la Seguridad Social lo que reduce en líquido de percepción mensual a 395€ (75,76).

Los autónomos tienen que seguir pagando y haciendo frente a los gastos habituales de alquiler, proveedores, suministros, consumo, etc.

Puede ser relevante la posibilidad de que en este aspecto las políticas públicas de nuestro país establezcan exenciones de pago de cuotas, o reducción a mínimos para los pacientes con cáncer que no pueden desarrollar su labor profesional como fruto de enfermedad.

La cuantía que cobran no les llega para seguir haciendo frente a los gastos propios y poder vivir de una forma digna siendo en muchas ocasiones una única fuente de ingresos poniendo en peligro al núcleo familiar; además de tener cáncer.

Es evidente como existen casuísticas que encauzan no solo a situaciones de vulnerabilidad socioeconómica sino a situaciones de exclusión social.

Además, tenemos que ser conscientes de las dificultades que han surgido como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, acrecentando situaciones de vulnerabilidad socioeconómica de la población mundial, la población española, y, por ende, la población oncológica.

La pandemia de la COVID-19 ha provocado la mayor caída de la economía española en 85 años con un descenso histórico del PIB del 11% en el año 2020 (152,153,154).

El Índice AROPE en el año 2020 notificó un total de 12,5 millones de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social, es decir, el 26,4% de la población total española. Existen nuevos pobres, hasta 620.000 nuevas personas en riesgo de pobreza o exclusión social en el año 2020 (155).

El aumento de la inflación en el año 2022 es notable en términos de magnitud y velocidad de desarrollo, los precios son mucho más elevados y el coste de vida es más caro siendo los ingresos los mismos, en el mejor de los casos. Dichos ingresos son los que hacen frente a los gastos comunes de vida en nuestros hogares, pero, además, si tienes cáncer, tienes que asumir gastos derivados de la enfermedad que muchas familias no pueden afrontar (197,198)

Los pacientes evaluados a través de cuestionarios y escalas de medida, en comparativa, si siguen en la misma situación laboral o de incapacidad, ahora son más pobres teniendo un coste adicional incrementado por la inflación y una reducción de los ingresos no a nivel de cuantía sino a nivel de valor para afrontar el contexto socioeconómico actual.

Los datos del Índice AROPE reflejados son los correspondientes al año 2020 habiendo cambiado mucho el contexto socioeconómico y acrecentándose situaciones de necesidad en nuestra sociedad.

Atendiendo a los datos aportados por Cáritas (2022) la precariedad laboral actual alcanza a casi 2 millones de hogares que dependen económicamente de una persona sustentadora principal que sufre inestabilidad laboral grave, lo que significa que en el último año ha tenido: 3 o más meses de desempleo, 3 o más contratos diferentes, en 3 o más empresas distintas. A pesar del aumento de protección social, 1/3 de los hogares (600.000 familias) carecen de ingreso periódico que permita estabilidad (199).

Consideramos importante implementar estudios que puedan considerar al paciente de una forma integral evidenciando necesidades atendiendo al contexto social que le rodea adaptándonos de esta forma a una enfermedad que va a seguir entre nosotros como es el cáncer.

### **8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Las limitaciones de nuestro estudio han sido en primer lugar; la fiabilidad de las fuentes. El tema de nuestra investigación no tiene suficiente sustento teórico documental y por tanto gran parte de la información se ha basado en trabajo de campo a través de las técnicas mostradas y herramientas de recuperación de información a través de los sujetos informantes.

Otra de las limitaciones es la población de estudio y marco contextual; los participantes del estudio son personas con diagnóstico de cáncer, es decir, pacientes que se encuentran ingresados o bajo tratamiento activo en los servicios anteriormente indicados. Ello requiere una conducta empática en todo momento, y un respeto absoluto a la situación del paciente y su familia que puede dificultar la obtención de la información pero que ha sido sin duda una consideración ética y profesional que no hemos querido olvidar.

### **8.2 LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

En primer lugar, nos proponemos de cara a futuras líneas de investigación abordar diferentes grupos de edad en los que incide el cáncer pudiendo discriminar si en valores de edad más acotados la discapacidad y dependencia es incidente y puede generar un mayor gasto además del gasto adicional que supone el tener cáncer.

En segundo lugar, querríamos realizar un estudio diferenciado por tipo de cáncer en diferentes grupos de edad para poder ver la alusión de los gastos por tipo de cáncer y cuáles de ellos, además de por ser cáncer, suponen mayor coste adicional.

En tercer lugar, nos planteamos la posibilidad de estudiar la unidad familiar del paciente con cáncer; partimos del hecho de que la muestra tiene un alto índice de pacientes casados. Estudiar como incide el cáncer en el familiar directo en niveles socioeconómicos (reducción de jornada, abandono de puesto laboral para cuidados, permiso sin sueldo, etc.) resultaría interesante para la comunidad oncológica.

En definitiva, consideramos que poner el punto de enfoque en el propio paciente y no tanto en la enfermedad podría evidenciar y reducir diferentes necesidades de estos, de las familias, y, por ende, de nuestra sociedad.

A partir de todo lo expuesto somos conscientes de la problemática existente en la actualidad. Observamos como la carga del diagnóstico oncológico no es solo la propia enfermedad, sino que ella conlleva una situación de vulnerabilidad socioeconómica que consideramos debe ser revisada en las políticas sanitarias y sociales actuales. Entendemos que un diagnóstico de estas características tiene un impacto lo suficientemente importante en términos tanto físicos como emocionales como para añadir una sobrecarga económica que lo único que conseguirá es empeorar la situación en términos globales, en términos de calidad de vida relacionada con la salud.



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## **9. CONCLUSIONES.**

En esta tesis se identificó y analizó el coste adicional y el impacto socioeconómico que supone la enfermedad oncológica en los pacientes diagnosticados con enfermedad de cáncer y sus familias:

1. Las variables principales que suponen gasto adicional para el paciente y su familia son el gasto en farmacia y/o parafarmacia, el gasto en material ortopédico, el gasto en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento a paciente y el gasto en traslados a hospital no quedando cubierta ninguna por Seguridad Social.
2. La cuantía de ingresos anuales en el paciente y familia se reduce como consecuencia del diagnóstico anatomopatológico de cáncer.
3. La dispersión geográfica supone una variable que genera gastos adicionales en el paciente y en la familia por traslado al hospital para recibir tratamientos en el paciente.
4. El tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y número de línea de tratamiento incide en el gasto adicional del paciente y la familia por el simple hecho de tener cáncer en cualquier estadio con línea de tratamiento activo.
5. La diferencia de género y edad no genera mayor gasto económico en el paciente y la familia; el gasto adicional lo ocasiona el tener cáncer.
6. La cuantía de ingresos se reduce cuando existe sobrecarga de cuidador principal intensa; no así si existe sobrecarga ligera o si no existe sobrecarga.
7. Las comorbilidades asociadas no generan gasto adicional en el paciente oncológico y la familia.
8. La discapacidad y dependencia de los pacientes del estudio no supone un gasto adicional por sus niveles de funcionalidad



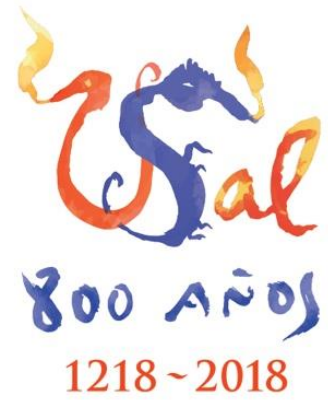
independiente pero sí puede repercutir en un gasto adicional futuro de evolución de enfermedad, además, del hecho de tener cáncer.





VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***10. BIBLIOGRAFÍA.***

1. García Hernández, F. La propuesta biopsico-social del ciudadano sano. Rev. De Psicol. Gral y Aplic. 1998; 51 (2); 269-278.
2. Gavidia, V, Talavera, M. La construcción del concepto de salud. Dpto. Didáctico CC. Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia. 2012; 161-175.
3. Hurtado de Barrera, J. Metodología de la Investigación Holística. 1998. Fundación Sypal. Caracas; 2000.
4. Guerrero, L., León, A. Aproximación al concepto de salud. Rev. Venezolana de Sociología y Antropología, vol. 18, núm. 53, 2008; 610-632.
5. Alcántara, G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universidad de Los Andes, 2008; 1-11.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2010; 1-172. Recuperado de:  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_en\\_cancer\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Actualizacion\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf)
7. Eurostat Statistics Explained. El envejecimiento de Europa: estadísticas sobre la evolución de la población. Julio 2020. Recuperado de:  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_statistics\\_on\\_population\\_developments](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Ageing_Europe_statistics_on_population_developments)
8. Instituto Nacional de Estadística INE. Demografía de Europa. Edición 2021. Recuperado de:  
[https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021\\_es.pdf?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=es)

9. Huenchuan, S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Naciones Unidas CEPAL. 2018; 1-259. Recuperado de:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf)

10. Perez Diaz, J. El envejecimiento de la población española. Investigación y Ciencia. Noviembre, 2010; 34-42. Recuperado de:

<https://digital.csic.es/bitstream/10261/29071/1/2010Inv+Ciencia.pdf>

11. Macinnes, J., Perez Diaz, J. The reproductive revolution. The Sociological Review 57, 2009; 262-284. Recuperado de:

<https://digital.csic.es/bitstream/10261/13414/1/SociolReview2009.pdf>

12. Herce, J. El impacto del envejecimiento de la población en España. Cuadernos de información económica 251 Economía y Finanzas Españolas, 2009. 39-48. Recuperado de:

<https://www.afi.es/webAfi/descargas/1541940/1413269/cuadernos-de-informacion-economica-funcas-el-impacto-del-envejecimiento-de-la-poblacion-en-espana-jose-a-herce.pdf>

13. Abades, M., Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. Rincón científico, comunicaciones, FEROKOMOS, 23 (4), 2012; 151-155. Recuperado de:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002)

14. Perez, J., Abellán, A., Aceituno, P., Ramiro, D. Informes Envejecimiento en red ENR. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos, número 25. 2020. 1-39. Recuperado de:

<https://envejecimientoenred.es/informes-envejecimiento-en-red/>

15. Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., Pujol, R. Informes Envejecimiento en red ENR. Un perfil de las personas mayores en

España 2019. Indicadores estadísticos básicos, número 22. 2019. 1-38.

Recuperado de:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

16. Vienes, J. Análisis del envejecimiento demográfico. Rev Encuentros Multidisciplinares. 2004, 30-37 Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793629>

17. Perez, L. El envejecimiento de las sociedades una aproximación desde la sociología. Encuentros multidisciplinares Vol. 6, N116. 2004; 38-46.

Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793631>

18. INE. Cifras de población. Proyecciones de población INE- España. Instituto Geográfico Nacional de España. Diciembre 2021.

19. INE. Pirámide de la población empadronada en España. Enero 2020. Estadística del Padrón Continuo. Recuperado de:

<https://www.ine.es/covid/piramides.htm>

20. Pardos, M. El impacto del envejecimiento demográfico en el sistema sanitario, económico y social español. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Trabajo Final de Grado. 2021;1-20. Recuperado de:

<https://zaguan.unizar.es/record/109316/files/TAZ-TFG-2021-1135.pdf>

21. Conde-Ruiz, J. González, C. El proceso de envejecimiento en España. Estudios sobre la Economía Española. 2021;1-23. Recuperado de:

<https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>

22. Díaz, J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. Papeles de Economía Española 2005; 210-226. Recuperado de:

<https://core.ac.uk/download/pdf/36017145.pdf>

23. INE. Número de municipios por provincias, comunidades autónomas, 2022. Recuperado de:

[https://www.ine.es/daco/daco42/codmun/cod\\_num\\_muni\\_provincia\\_ccaa.htm](https://www.ine.es/daco/daco42/codmun/cod_num_muni_provincia_ccaa.htm)

24. Calero, M. Las personas mayores en el entorno rural de Castilla y León; una mirada desde el trabajo social: soledad, aislamiento y las potencialidades del envejecimiento activo. Facultad de Educación y Trabajo Social. Universidad de Valladolid. Recuperado de:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49370/TFG-G5093.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25 Bódalo, E. Envejecimiento y discapacidad. Una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social. Universidad de Murcia. 2007.

26 Melissa, M., Rivera, P., Urbina, M., Alger, J., Maradiaga, E., Flores, S., Rápalo, S., Zúñiga, L. Martínez, C., Sierra, L. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Rev. Fac. Ciencias Médicas. 2014; 27-33.

27. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI. El envejecimiento de las personas con discapacidad. Documento de posición del CERMI Estatal. Colección Telefónica Accesible. Ediciones Cinca. 2012; 1-46. Recuperado de:

[https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/01.-EL\\_ENVEJECIMIENTO\\_DE\\_LAS\\_PERSONAS\\_N\\_15.pdf](https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/01.-EL_ENVEJECIMIENTO_DE_LAS_PERSONAS_N_15.pdf)

28. Muñoz, J. Alix, C., Muñoz, T. Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. Psicología del envejecimiento. Ediciones Pirámide, Madrid; 2002. 28 p.

29. Dulcey, E. Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano, Bogotá. Colombia. Vol. 19, nº2. 2010; 207-224. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v19n2/v19n2a05.pdf>

30. Marín, J. Envejecimiento. Salud Pública Educ. Salud, 2003 (1); 28-33.
31. Suess, a., March, J., Prieto, M., Escudero, M., Cabeza, E., Pallicer, A. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. 26 (9), 2006; 357-367.
- 32 Millet Sampedro, M. Atención al paciente oncológico. Introducción Aten. Primaria, 2001; 29-32.
- 33 Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. El cáncer como problema médico y social. 2018. Recuperado de:  
[https://congresoseom.org/innovacionencancer/wp-content/uploads/2018/04/Manifiesto\\_Investigacion\\_ASEICA\\_SEOM\\_2018\\_I.pdf](https://congresoseom.org/innovacionencancer/wp-content/uploads/2018/04/Manifiesto_Investigacion_ASEICA_SEOM_2018_I.pdf)
34. Cruz, J. Rodriguez, C., Del Barco, E., Fonseca, E. Oncología Clínica 6ª edición. Elsevier. 2017.
35. Catherine, N. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. Elsevier Vol. 24, nº4. 2013; 553-562. Recuperado de:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401370659X>
36. Hanahan, D., Weinberg, R. The hallmarks of cancer. Elsevier Cell, 100, 2000; 57-70. Recuperado de:  
[https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(00\)81683-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867400816839%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(00)81683-9?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0092867400816839%3Fshowall%3Dtrue)
37. Fernández, E.J, Principios básicos de la intervención del terapeuta ocupacional en el paciente oncológico. Círculo Científico-Didáctico. 2020.
38. Gavira, A. Vinaccia, S., Riveros Ma, Quiceno, J. Claidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en



pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*. 2007; 20:50-75.

39. Boyle, P. Levin, B. *World Cancer Report 2008*. Lyon, Francia. International Agency for Research on Cancer IARC; 2008.

40. Ávila, E. *Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos. Un estudio Epidemiológico*. Universidad de Salamanca 2015.

41. Cubero, R. De la Serna, JL. *CÁNCER. 101 preguntas esenciales para enfermos y sus familias*. Sanofis Aventis. La salud es lo esencial. 2007.

42. Victoria, F., Benavent, R. *Cáncer. Neoplasias más frecuentes. Tratado de geriatría para residentes*. S.f. 747-759.

43. Organización Mundial de la Salud OMS. *Cáncer. Detail, notas descriptivas*. 2022. Recuperado de:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

44. Cano, S. *Metástasis: una perspectiva molecular. Encuentros en la biología*, Vol. 5, 2012; 138-139.

45. Guerra, A., Silva, E, Montero, S., Rodriguez, D., Mansilla, R., Nieto JM. *Metástasis: un hito para el conocimiento, un reto para la ciencia*. 2020; 1-20. Recuperado de:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/med/v59n1/1561-302X-med-59-01-e1167.pdf>

46. De Cáceres, ML., Ruiz, F., Ramón, J., Carlota, C. *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Pfizer Oncología. 2007

47. Cajaraville, G., Carreras, MJ., Massó, J., Tamés, MJ. *Oncología. Farmacia hospitalaria*. S.f. Recuperado de:  
<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP14.pdf>

48. Molina, R. El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutrición hospitalaria. 2016;33; 3-10. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33s1/02\\_articulo1.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33s1/02_articulo1.pdf)

49 Saini KS, Taylos C, Ramírez AJ, et al. Role of the multidisciplinary team in breast cancer Management: results from a large International Surrey involving 39 countries. Ann Oncol 2012;23(4):853-9. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0923753419346502?token=1B28B83D7BAFA2C38ED2AB7914BC0A6BC0A30D057F1ADA58E367654A2B24765352C7938779A5AB44DC69A3B25CC24B63&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220424101845>

49. Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialities. Eur J Cancer 2006; 42(15): 2459–2462. Recuperado de: [https://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(06\)00555-7/fulltext](https://www.ejancer.com/article/S0959-8049(06)00555-7/fulltext)

50. Valentín, V. Murillo, MT., Valentín, M. Royo, D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. Psicooncología. Vol.1, 2004; 155-164.

51. García, A. Conocer las necesidades sentidas de las personas diagnosticadas de enfermedad de cáncer en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Universidad de Granada. 2017; 1-97.

52. Alonso, C., Bastos, A. Intervención psicológica en personas con cáncer. Práctica Clínica. Clínica contemporánea. Vol. 2, nº2, 2011; 187-207. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>

53. Ardilla, R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología , vol. 35, nº2, 2003; 161-164. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

54. Regina, C., Gonzalez, M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Psicología Latinoamericana*, Vol. 25, Universidad de Medicina de La Habana, 2010. Recuperado de:

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/559>

55. Grupo Español de pacientes con cáncer [GEPAC]. (2012). Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer. España. Recuperado de: [http://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/informe\\_melanoma.pdf](http://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/informe_melanoma.pdf).

56. Grupo Español de Pacientes con Cáncer [GEPAC]. (2012). Necesidades de los pacientes con melanoma y de sus familiares. España. Recuperado de:

[http://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/informe\\_melanoma.pdf](http://www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/informe_melanoma.pdf)

57. OMS Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). 10 datos sobre el cáncer. Recuperado de: <http://who.int/features/factfiles/cancer/es/>

58. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional. Recuperado de:

<http://www.who.int/about/mission/es/>

59. Rivero, P. (2016). Investigación sobre la concepción de la población general acerca del cáncer de mama/seno en mujeres y hombres (trabajo de fin de grado). Tenerife. Universidad de la Laguna. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3855/Investigacion%20sobre%20la%20concepcion%20de%20la%20poblacion%20general%20acerca%20del%20cancer%20de%20mamaseno%20en%20mujeres%20y%20hombres.%20.pdf?sequence=1>

60 Olivares, M. La representación del cáncer en la persona enferma y en su familia. La implicación de sus significados en la comunicación familiar. *Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales, Comunitaria*, nº9, 2015; 119-136.

61. Cabrera, A., Ferraz R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Revista Biomédica, Medicina Familiar y Comunitaria, Vol. 6(1), 2011; 42-48.

62. Die Trill, M. Impacto psicosocial del cáncer. Psicooncología Contacto, Vol. 6, 2006; 19-21.

63. Paredes, M. Intervenciones en Psicooncología. Abordaje integral del paciente y su familia. Intervención con pacientes adultos. 2010. Recuperado de: <http://associacio.catcancer.eu/art9.pdf>

64. Rodríguez, M<sup>ª</sup>. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Departamento de psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. 2006. Tesis doctoral. Recuperado de: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491\\_rodriguez\\_fernandez\\_maria\\_isabel.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1)

65. Monteiro, S. Evaluación del cambio en pacientes oncológicos: un enfoque estadístico. Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca. 2009. Tesis doctoral. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/handle/10366/76532>

66. Rodríguez, J. El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia [Tesis doctoral]. Barcelona. Universidad de Barcelona. 2017

67. Villalba, C. El concepto de resiliencia individual y familiar Aplicaciones en la intervención social. Psychosocial Intervention, Vol. 12, nº3. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003; 283-299.

68. García, A. Metodología para la evaluación clínica en Trabajo Social. Experto Universitario de Trabajo Social Clínico. 2020; 1-32.

69. Revuelta, L. Trabajo Social, necesidades, problemas y recursos. Universidad de León. Humanismo y Trabajo Social Vol. 13, 2014;163-175. Recuperado de:

<https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/6203/Revuelta%20Alonso.pdf;jsessionid=9C6D80734DF1EE43886EDCC619A9D51B?sequence=1>

70. Observatorio Contra el Cáncer. Impacto del cáncer en Castilla y León. 2020. Recuperado de:

<https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/castilla-leon/Castilla%20y%20Leon.pdf>

71. Fernández, B. Del Castillo, R. Observatorio del Cáncer AECC. Impacto económico del cáncer en las familias en España. Resumen Ejecutivo. 2018. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Estudio-Impacto-Economico-Pacientes-Cancer.pdf>

72. Borrell i Carrió, F. El modelo biopsicosocial en evolución. Grupo Comunicación y Salud. Med Clin (Barc), Vol. 119 (5), 2002; 175-179. Recuperado de:

[https://www.altacapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093\\_S300\\_es.pdf](https://www.altacapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf)

73. Engel, G. The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. Science. 1977;196; 129.36. Recuperado de:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>

74. Robert, V. Alvarez, C., Valdivieso, F. Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosoal. Rev. Med. Clin. Condes Vol 24(4). 2013; 677-684. Recuperado de:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864013702074?token=1BA1CB25F0904C9361D8988DE483E03BCA972E0A39C98E3CA00940424C720247FA4616365802682E2173C13E28D98D78&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220424121149>

75. Wyman, O. El impacto económico y social del cáncer en España. Estudio elaborado para la Asociación Española Contra el Cáncer. AECC 2020. 1-28. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Informe-Los-costes-cancer.pdf>

76. Fernández, B y Del Castillo, R. El impacto económico del cáncer en las familias en España. Resumen Ejecutivo. Observatorio del Cáncer AECC. 2018; 2-9. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Estudio-Impacto-Economico-Pacientes-Cancer.pdf>

77. Observatorio Contra el Cáncer. El impacto económico del cáncer en las familias de España. 2018. Recuperado de:

<https://observatorio.contraelcancer.es/informes/el-impacto-economico-del-cancer-en-las-familias-en-espana>

78. Observatorio del CÁNCER AECC. El impacto económico del cáncer en las familias en España. 2020. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/content-file/Impacto-economico-familias-cancer.pdf>

79. Observatorio del CÁNCER AECC. Toxicidad financiera del cáncer de mama. 2020. Recuperado de:

[https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Toxicidad\\_financiera\\_cancer\\_mama.pdf](https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Toxicidad_financiera_cancer_mama.pdf)

80. INE. Defunciones según la Causa de Muerte. Notas de prensa. 2019. Recuperado de: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf)

81. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Las cifras del cáncer en España. 2021. Recuperado de:

[https://seom.org/images/Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espnaha\\_2021.pdf](https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf)

82. Global Initiative for Cancer Registry Development GLOBOCAN. Herramientas de visualización de datos para explorar la carga mundial del cáncer en 2020. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/home>

83. INE. Tasas estandarizadas de mortalidad por tumores. Defunciones más frecuentes por cáncer. 2020. Recuperado de: [https://www.ine.es/infografias/infografia\\_fallecidos\\_cancer.pdf](https://www.ine.es/infografias/infografia_fallecidos_cancer.pdf)

84. OMS. Envejecimiento y salud. Detail. Notas descriptivas. 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

85. Naciones Unidas. Envejecimiento. Desafíos globales. 2021. Recuperado de: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

86. Alvarado, A., Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. GeroKomos. Volm 25 (2). 2014; 57-62. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

87. Levy, B. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereo-type. J Ferontol B Psychol Sci Soc Sci. Vol 58, 20013; 203-211. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/10646106\\_Mind\\_Matters\\_Cognitive\\_and\\_Physical\\_Effects\\_of\\_Aging\\_Self-Stereotypes](https://www.researchgate.net/publication/10646106_Mind_Matters_Cognitive_and_Physical_Effects_of_Aging_Self-Stereotypes)

88. División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo BID. Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. 2019. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

89. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU NIH. Tasas de incidencia por edad en el momento de diagnóstico para todos los tipos de cáncer SEER 21. 2013-2017. Recuperado de:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad>

90. Junta de Castilla y León – Conserjería de Sanidad – Gerencia Regional de Salud. Estrategia regional de atención al paciente oncológico en Castilla y León. ONCYL. 2018; 1-93.

91. Abellán, A., Hidalgo, R M.<sup>a</sup>. Definiciones de discapacidad en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Portal Mayores. N.º 109. 2011. Recuperado de:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-definiciones-01.pdf>

92. Crespo, M., Campo, M., Verdugo, MA. Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (cif): un largo camino recorrido. SigloCero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 34 (1), 2003; 20-26. Recuperado de:

[http://riberdis.cedid.es/xmlui/bitstream/handle/11181/3051/historia\\_clasificacion\\_internacional\\_funcionamiento\\_discapacidad\\_y\\_salud.pdf?sequence=1&rd=003170157311337](http://riberdis.cedid.es/xmlui/bitstream/handle/11181/3051/historia_clasificacion_internacional_funcionamiento_discapacidad_y_salud.pdf?sequence=1&rd=003170157311337)

93. Hernández, M. El concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. Revista CES Derecho Volumen 6 nº2. 2015; 46-59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>

94. Muñoz, A. Discapacidad: contexto, conceptos y modelo. International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional, 2010; 381-414.

95. Vanegas, J. Gil, L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Revista hacia la promoción de la salud, vol. 12, 2007; 51-61. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689005.pdf>



96. Ramirez, M.. Discapacidad y Sociedad Democrática. Revista Derecho del Estado. 2010; 143-164.

97. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001; 1-330. Recuperado de:

<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

98. Comunidad de Madrid. Concepto de Discapacidad. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobkey=id&blobwhere=1310853507259&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD\\_2.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs](http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobkey=id&blobwhere=1310853507259&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3D2-CONCEPTO+DE+DISCAPACIDAD_2.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs)

99. Servicios Sociales de Castilla y León. Dependencia y Discapacidad. Proceso de solicitud de Discapacidad. Junta de Castilla y León. 2022. Recuperado de:

<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/discapacidad.html>

100. Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020. IMSERSO. Solicitud de reconocimiento del Grado de Discapacidad Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. Recuperado de:

[https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/grado\\_discapacidad.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/grado_discapacidad.pdf)

101. Asociación Española Contra el Cáncer. Recursos para solicitar trámite de discapacidad. 2022. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/es/recursos>

102 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales BOE, núm 22, de 26 de enero de 2000. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf>

103. Espinosa, E, Zamora, P. Calidad de Vida. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 43-50.

104. Martinez, B, Supervivientes del cáncer. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 65-78.

105. Espinosa, E., Zamora,P., Ordóñez, A. Agotamiento profesional. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 93-98.

106. Elena, C. Rodriguez J.R. Rehabilitación física del enfermo neoplásico. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 80-92.

107. OMS. Discapacidad y salud. Datos y cifras. 2021. Recuperado de:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

108. Servicios Sociales de Castilla y León. Dependencia y Discapacidad. Estadísticas atención a personas con discapacidad. Junta de Castilla y León. 2022. Recuperado de:  
<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad>

109. Servicios Sociales de Castilla y León. Dependencia Definición Servicios Sociales. Junta de Castilla y León. 2022. Recuperado de:  
<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/dependencia.html>

110. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. BOE. Real Decreto 174/2011, de 11 de Febrero. Número 42. Recuperado de:

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/02/11/174/dof/spa/pdf>

111. Cid-Ruzafa, J., Damián-Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública, 1997; 127-137. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

112. Hernández, M., Lumbreras, I., Herández, I., Báez, M., Arlina, C., Banderas, J., Banda, O. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. Vol. 16, nº3. 2016; 7-24. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2016/muv162a.pdf>

113. Hernández, K., Neumann, V. Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Vol. 16, nº2. 2016; 55-62.

114 .Larrian, M.E, Zegers, B., Orellana, Y. Traducción y adaptación de una Escala para Evaluar Generatividad en abuelos en Santiago de Chile. Psyhe, Vol. 26, núm, 2. 2017;1-18. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/967/96753713007.pdf>

115. Alonso, A., Gonzalez, M. Medidas de capacidad Funcional. Valoración clínica del paciente con cáncer. Editorial medica panamericana. 2006; 1-16

116. Sánchez, B. Metástasis óseas y fracturas patológicas. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 603-611.

117. Feliu, J., Belda-Iniesta, C. Tratamiento de la astenia. Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª Edición. Editorial medica panamericana. 2007; 444-452.

118. González, M, Ordoñez, A. La astenia tumoral. 1ª Edic. Madrid: Panamericana; 2004.

119. Rodríguez CA, Ruiz, M., Alonso R., Viotti F., Del Barco, E., Cruz JJ et al. Evaluación de la astenia en oncología. Aplicación del cuestionario PERFORM. Psicooncología. 2012 9 (1); 65-79.

120. Andreu, M., Lizón, J. Concepto y etiopatogenia de la astenia. La astenia Tumoral. Editorial medica panamericana. 2004; 1-9.

121. Bermejo, C., Martínez, M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure investigacion, 11, 2005; 5-7

122 Martínez, S. Síndrome del cuidador quemado. Rev. Clín. Med. Fam. 2020 13(1); 97-100. Recuperado de:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>

123. Cardona, D., Segura, C., Angela, M., Berbesí, D. Agudelo, M.. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 21, 1, 2013; 30-39. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12026437003.pdf>

124. Garcés, J. Carretero, S. Ródenas, F., Sanjosé, V. La sobrecarga de las personas cuidadores dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial. Polibienestar, 2010,

125. Pérez, A. El cuidador primario de familiares con demencia: calidad de vida, apoyo social y salud metnal. Tesis de grado. Universidad de Salamanca, 2006. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000135&pid=S0123-417X201400010000400031&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000135&pid=S0123-417X201400010000400031&lng=en)

126. Asociación Contra el Cáncer AECC. Cuidados del cuidador. Recurso ebooks. 2022. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/es/ebooks>

127. Gallo, J., Niyirhet, S., Fuentes B. Valoración de la sobrecarga en el cuidador del paciente con algún grado de dependencia hospitalizado en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Rev. Cien y Cuid. Vol. 3, nº3. 2006; 7-20.

128. Rodríguez, C. Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes: entre la reciprocidad y la ambivalencia. Cuadernos de Trabajo Social. 26(2), 2013; 349-358. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4685426>

129. Rodríguez, A. Rihuete, M<sup>al</sup>. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. Medicina Paliativa. Med Paliat. 18(4), 2011; 135-140. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7092966>

130. Giraldo, D., Zuluaga, S., Uribe, V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Medicina UPB, 37(2), 2018; 89-96. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/journal/1590/159056349001/html/>

131. López M, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona M, Alonso F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam 2009; 2(7):332-339.

132. Úbeda, I. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Evaluación mediante un cuestionario. Tesis doctoral. Barcelona; 2009.

133. Durán, A. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA. 2002; 1-120. Recuperado de:

[https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2018/04/DE\\_2002\\_Costes\\_invisibles\\_enfermedad\\_Duran\\_web.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2018/04/DE_2002_Costes_invisibles_enfermedad_Duran_web.pdf)

134. Fernández, M.A. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac. Med UNAM. Vol. 47 (6), 2004; 1-5. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>

135. Moro, L. Desarrollo de un estudio sobre la prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes oncológicos. Universidad de Salamanca, 2017. Recuperado de:

[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132578/TFM\\_SanRocA\\_Developmento.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132578/TFM_SanRocA_Developmento.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

136. Achury, D. Castaño, H. Gómez, L. Guevara, N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011.

137. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. Sf. Recuperado de:

<http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>

138. Moreira, R., Turrini, R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enfermería Global. N°22. 2011; 1-13. Recuperado de:

[https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt\\_administracion2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion2.pdf)

139 López-Guillén, A. La incapacidad permanente en el paciente oncológico. Grupo Español de pacientes con Cáncer GEPAC. 2017. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=-yXNiMgjRdc>

140. Regal, R. La asimetría de la discapacidad y la incapacidad laboral en España. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2021; 30(1); 34-47. Recuperado de:

<https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v30n1/1132-6255-medtra-30-01-34.pdf>

141. Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de Noviembre. Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm 289; 2013.

142. Delclós, J. Gimeno, D., Torá, I., Martínez, JM., Manzanera, R., Jardí, J., Alberti, G., Benavides, F. Distribución de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común por diagnóstico médico. Gac. Sanit. 2013; 27 (1); 81-83. Recuperado de:  
[https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n1/nota\\_campo2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n1/nota_campo2.pdf)

143. López, M.D, Durán, X., Alonso, J.,Martinez, JM., Espallargues, M., Benavides, F. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el periodo 2009-2012. Revista Española de Salud Pública, vol. 88, núm. 3, 2014; 349-358. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17031402005>

144. Vicente, J., López-Guillén, A. Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. Medicina y seguridad del trabajo. 64(253);2018: 354-78. Recuperado de:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n253/0465-546X-mesetra-64-253-00354.pdf>

145. AECC. Cáncer y situación laboral en cifras. Desempleados. 2021. Recuperado de:  
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYTUwOTQ2ZDItM2RmMS00MmVjLWFjMjYtY2I3NTkzYWVmMGJliwidCI6ImJjYTJjYTYyNGMtNDNhYS05MTgxLWY2N2YxYzI3OTAyOSIsImMiOjh9>

146. Seguridad Social. Bases y tipos de cotización 2022. Cuantía de cotización. Recuperado de:  
<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/CotizacionRecaudacionTrabajadores/36537#REDAutonomos>

147. Fernández, R. Salario mínimo interprofesional mensual en España 2008-2022. Statista. Recuperado de:

<https://es.statista.com/estadisticas/475830/espana-salario-minimo-interprofesional-al-mes/>

148. Seguridad Social. Salario mínimo interprofesional últimos 5 años. Recuperado de:

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/CotizacionRecaudacionTrabajadores/10721/10957/9932/730#731>

149. Ministerio de Sanidad. Contenido de la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Prestaciones sanitarias. Gobierno de España. 2022. Recuperado de:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>

150. AECC. Consejos y ayuda para pacientes con cáncer. Prestaciones incluidas dentro del Sistema Nacional de Salud. 2022. Recuperado de:

<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/ayudas-practicas>

151. Junta de Castilla y León. Ayudas por desplazamiento, manutención y alojamiento derivados de asistencia sanitaria. 2022. Recuperado de:

<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181050732/Ayuda012/1270037568449/Propuesta>

152. Arce, O. La economía española: impacto de la pandemia y perspectivas. Asamblea General de Exceltur. Banco de España. Eurosistema. 2021; 1-20. Recuperado de:

<https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/IntervencionesPublicas/DirectoresGenerales/economia/Arc/Fic/arce260521.pdf>



153. Banco de España. El impacto económico de la pandemia. Informe Anual 2020;1-75. Recuperado de:

[https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual\\_2020-Cap1.pdf](https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual_2020-Cap1.pdf)

154. Maqueda, A., Alonso, A., Clemente, Y. Las mayores crisis de la economía española. Economía. El País. 2020. Recuperado de:

<https://elpais.com/economia/2021-01-29/las-mayores-crisis-de-la-economia-espanola.html>

155. Alguacil, A., Díaz, E., Jiménez, N., Llano, J.C., Quiroga, D. El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020. 11ª Informe 2021. Recuperado de:

<https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-AROPE-2021-resumen-ejecutivo.pdf>

156. Observatorio Contra el Cáncer AECC. El impacto de la pandemia de la COVID-19 en personas afectadas por cáncer en España. 2021. Recuperado de:

<https://observatorio.contraelcancer.es/informes/impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-personas-afectadas-por-cancer-en-espana>

157. Banco de España. La economía española ante la crisis del COVID-19. Comparecencia ante la Comisión de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Congreso de los Diputados. Eurosistema. 2020. Recuperado de:

<https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/DocumentosOcasionales/20/Fich/do2023.pdf>

158. Díaz-Rubio, E. La carga del cáncer en España: situación en 2019. Rev. Anales Ranm. 2019. Recuperado de:

[https://analesranm.es/wp-content/uploads/2019/numero\\_136\\_01/pdfs/ar136-01-rev06.pdf](https://analesranm.es/wp-content/uploads/2019/numero_136_01/pdfs/ar136-01-rev06.pdf)

159. Badía, X., Tort, M. La carga del cáncer en España. OMAKASE. 2017.  
Recuperado de:

<https://www.omakaseconsulting.com/wp-content/uploads/2018/04/omakase-lab-3-2018--burden-of-cancer-in-spain.pdf>

160. Badía, X., Tort, M., Manganelli, AG., Camps C., Díaz-Rubio, E. The burden of cancer in Spain. Clin Transl Oncol. 21(6); 2019; 729-734. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6934112>

161. Luengo-Fernández R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. Lancet Oncol . 14(12). 2013 ; 1165-1174. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147020451370442X>

162. Undabeitia, . Torres-Bayona, S., Samprón, N., Arrázola, M., Bollar, A., Armendariz, M., Torres, P., Ruiz, I. Caballero, MC., Egaña, L., Querejeta, A., Villanua, J., Pardo, E., Etxegoien, I., Liceaga, G., Urtasun, M., Muchan, M., Emparanza, JI., Aldaz, P., Matheu, A., Úrculo, E. Costes indirectos asociados al glioblastoma. Experiencia en un centro. Neurología. 33(2); 2018;85-91.  
Recuperado de: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/33048/1-s2.0-S0213485316300792-main.pdf?sequence=1>

163. Páez, A., Torres, C., Campos, m., Solano, S., Quintero, N., Chaparro, O. Costos directos e indirectos derivados del cuidado familiar del paciente con enfermedad crónica no transmisible. Aquichan. 20 (2); 2020;1-18.

164. Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., Gerdtham, U. Desigualdades socioeconómicas en la incidencia y la mortalidad por Cáncer de mama en Europa: una revisión sistemática y un metaanálisis. Eur J Salud Pública. 26 (5): 2016; 804-813.

165 Sharrocks, K., Spicer, J., Camidge, D., Papa, S. El impacto del nivel socioeconómico en el acceso a los ensayos clínicos sobre cáncer. Br J Cancer. 111 (9); 2014; 1684-1687.

166. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al parlamento europeo y al consejo. Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer. Suiza. 2021; 1-36.

167. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2021. Recuperado de:

[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_en\\_cancer\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Actualizacion\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf)

168. Lazcano-Ponce, E. Salazar-Martinez, E. Gutierrez-Castrelón, P. Angeles-Llerenas, A. Hernández-Garduño, A. Luis Viramontes, J. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. Salud Pública. 2004;46 (6).

174 Badía, X., Tort, M. La carga del cáncer en España. Omakase consulting. 2018. Recuperado de:

<https://www.omakaseconsulting.com/wp-content/uploads/2018/04/omakase-lab-3-2018--burden-of-cancer-in-spain.pdf>

175 Autoridad Independiente. Responsabilidad Fiscal AIReF. Estudio sobre el gasto hospitalario del sistema nacional de salud: farmacia e inversión en bienes de equipo. Evaluación del Gasto Público 2019. 2020. Recuperado de:

<https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf>

176 Vicente, J.M, López-Guillén, A. Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. Medicina y seguridad del trabajo. 64(253); 2018; 354-78. Recuperado de:

<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v64n253/0465-546X-mesetra-64-253-00354.pdf>

177 Vinaccia, S., Orozco, L.M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol 1, núm. 2; 2005; 125-137. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>

178 Vinaccia, S., Quinceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*. Vol. 15, núm. 2, 2005; 207-221. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/291/29115205.pdf>

179 Rodriguez, J., Pastor, Ma., Lopez, S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. Vol., 5. 1993; 349-372- Oviedo. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709924.pdf>

180 Gomez, L., Perez, M., Vila, J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, vol. 9, nº1; 2001: 5-38. Recuperado de:

[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Bobassi\\_9-10a.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Bobassi_9-10a.pdf)

181 Arbizu, J.P. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24; 2009; 173-78. Recuperado de:

<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848>

182 Durá, E., Garcés, J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*. Universidad de Valencia. 6(2), 1991, 257-271.

183 Charría, V., Sarsosa, K., Arenas, F. Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol, 29., nº4. 2011; 380-391. Universidad de Antioquía. Colombia. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/120/12021522004.pdf>

184. Palencia-Sanchez, F., Quiroga-Vargas, D., Riaño-Casallas, M. Costos del cáncer ocupacional: una scoping review. Iatreia. Vol 34 (9). 2021; 124-136, Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v34n2/0121-0793-iat-34-02-124.pdf>

185. Camacho, a., Esteban, J., Paradas, C. Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la esclerosis lateral amiotrófica y las enfermedades neuromusculares. Elsevier. Vol. 33, nº1. 2018; 35-46. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-informe-fundacion-del-cerebro-sobre-S0213485315000341>

186. Aranda, M., Calabria, A. Impacto económico-social de la enfermedad de Alzheimer. Elsevier. Vol. 11, nº1. 2019; 19-26. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-impacto-economico-social-enfermedad-alzheimer-S1853002818300831>

187. Sharrocks, K., Spicer, J., Camidge, D., Papa, S. El impacto del nivel socioeconómico en el acceso a los ensayos clínicos sobre cáncer. Br J Cancer. 111 (9); 2014; 1684-1687.

188. Iddrisu, M.ñ, Aziato, L., Ohene, L. Impacto socioeconómico del cáncer de mama en mujeres jóvenes en Ghana: un estudio cualitativo. Nursing Open. 8(1); 2021; 29-38.

189. Blinder, V., Francesa, M. Impacto del cáncer en el empleo. J. Clin. Oncol., 38 (4), 2020; 302-209.

190. Arik, A., Erengul, D., Cairns, A., Streftaris, G. Disparidades socioeconómicas en la incidencia y mortalidad por cáncer en Inglaterra y el impacto de la edad en el momento del diagnóstico en la mortalidad por cáncer. 16 (7); 2021.

191. Kimman, M., Socioeconomic impact of cancer in member countries of Association of Southeast Asian Nations (ASEAN): the ACTION study protocol. Asian Pac J Cancer Prev. 13(2). 2012; 421-5. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524800/>

191 Caro, D. Impacto económico de las enfermedades crónicas. Facultad de Economía y negocios. Universidad de Chile. Santiago de Chile. 2014; 1-130. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Econ%203%B3mico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%203%B3nicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

193. Subirats, J., Carmona, R., Brugué, J., Análisis de los factores de exclusión social. Documento de trabajo. Fundación BBVA. 2005. Recuperado de: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion\\_social.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf)

194. Urroz, M.J., Salgado, M. La relación entre educación e ingresos: estimación de las diferencias salariales por nivel educativo alcanzado. Fundación Zamora Terán. Miembro del grupo Lafise. Universidad Centroamericana. 2020. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/341526052\\_LA\\_RELACION\\_ENTRE\\_EDUCACION\\_E\\_INGRESOS\\_ESTIMACION\\_DE\\_LAS\\_DIFERENCIAS\\_SALARIALES\\_POR\\_NIVEL\\_EDUCATIVO\\_ALCANZADO](https://www.researchgate.net/publication/341526052_LA_RELACION_ENTRE_EDUCACION_E_INGRESOS_ESTIMACION_DE_LAS_DIFERENCIAS_SALARIALES_POR_NIVEL_EDUCATIVO_ALCANZADO)

195 Ministerio de Educación. Sistema estatal de indicadores de la educación 2019. 1-102. Recuperado de: <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:627dc544-8413-4df1-ae46-558237bf6829/seie-2019.pdf>

196. INE. La distribución de los salarios. Cifras INE. 2005. Recuperado de: <https://www.ine.es/revistas/cifraine/0305.pdf>

197. Hernández, P. La inflación; evolución reciente, perspectivas e implicaciones de política monetaria. Banco de España. Eurosistema. 2021. Recuperado de: <https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/IntervencionesPublicas/Gobernador/Arc/Fic/hdc291121b.pdf>

198. Hernández, P. El repunte de la inflación: un fenómeno más intenso y persistente de lo inicialmente previsto. Banco de España. Departamento de comunicación. 2022. Recuperado de: <https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/Articulos%20Prensa/220223art-hdc.pdf>

199. Peiro, N., Flores, R. Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Cáritas y Fundación Foessa Fomentos de Estudios Sociales y de la Sociología Aplicada. Recuperado de: <https://www.caritas.es/noticias/foessa-presenta-la-primera-radiografia-social-completa-de-la-crisis-de-la-covid-19-en-toda-espana/>

200. Herdman, M., Babia, X., Berra, S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Elsevier. Vol 28, nº6. 2001; 425-430. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>







VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



## ***ANEXOS.***

**ANEXO I:**  
**CUESTIONARIO AUTO-CUPLIMENTACIÓN CREADO PARA EL ESTUDIO**

Fecha de realización del cuestionario: \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE EL IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE SUPONE LA  
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN PACIENTES Y FAMILIARES**

El presente cuestionario pretende **obtener información relevante sobre el coste adicional que produce la enfermedad oncológica en pacientes y familiares.**

Una vez cumplimentado el presente cuestionario, responda a una serie de preguntas correspondientes a unas escalas de medida necesarias para el estudio:

⇒ *Índice de Barthel.*

⇒ *Escala de Lawton y Brody.*

⇒ *Escala de ZARIT*

⇒ *Escala ECOG.*

⇒ *Escala EuroQol-5D*

B.	
L&B.	
Z.	
ECOG.	
EQ5D.	

Su colaboración puede contribuir a dar mayor visibilidad a la realidad socioeconómica sobre la enfermedad de cáncer.

El cuestionario no tendrá una duración máxima de 15 minutos y las escalas de medida no tendrán una duración máxima de 10 minutos.

Agradecemos de antemano su colaboración.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## Datos de identificación del paciente

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios:  Sin estudios/ estudios primarios  Estudios secundarios (Bachiller/Formación profesional)

Estudios superiores (Universitarios / Formación Profesional Superior)

Profesión:  Activo laboral por cuenta propia.  Activo laboral por cuenta ajena.  No activo.

Otro.

Lugar/Zona de residencia:  Zona rural  Zona urbana

## Datos de identificación del cuidador principal del paciente

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Grado de parentesco del cuidador principal respecto del paciente :

Primer grado.  Segundo grado.  Cuidador contratado.

## Datos de salud del paciente

Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fase de la enfermedad:  Estadio 0  Estadio I  Estadio II  Estadio III  Estadio IV

Número de tratamientos que tiene actualmente activos:  1 Tratamiento.  2 Ttos.  3tos.  
 4 o más Tto.

Efectos secundarios o síntomas de tratamiento:

Náuseas y vómitos  Diarrea/estreñimiento  Mucosis  Dificultad tragar  
 Anemia  Anemia  Alopecia  Cansancio  
 Pérdida de apetito  Sequedad de piel  Quemaduras  Otros

## Datos de salud relacionados con COVID-19

En relación al COVID-19, responda únicamente si ha sido paciente diagnosticado positivo; por favor, no responda si usted no ha sido un caso diagnosticado.

Indique la fecha de diagnóstico positivo y la fecha del alta médica:

Fecha de positivo: \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de alta médica: \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted síntomas o ha sido paciente asintomático?

- Síntomas.  Asintomático

Si usted ha sido paciente COVID-19 con síntomas, indique cuál de los siguientes síntomas ha tenido:

- Fiebre/Cansancio  Tos seca  Molestias y dolores  Diarrea  
 Conjuntivitis  Pérdida del sentido del olfato y del gusto  Otros

¿Ha tenido usted alguna secuela como consecuencia del COVID-19?

- Sí.  No.

Si ha tenido secuela a consecuencia del COVID-19 indique cual:

- Pulmonar  Neurológica  Muscular  Mental.  Otro.

## Morbilidades asociadas

¿He tenido algunas de las siguientes complicaciones y comorbilidades **antes del diagnóstico oncológico**?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tracto alimentario y metabolismo.           | <input type="checkbox"/> Sangre y órganos hematopoyéticos.                                   |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular.                     | <input type="checkbox"/> Dermatológicos.   |
| <input type="checkbox"/> Sistema genitourinario y hormonas sexuales. | <input type="checkbox"/> Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e i. |
| <input type="checkbox"/> Antiinfecciosos para uso sistémico.         | <input type="checkbox"/> Sistema muscoesquelético.   |
| <input type="checkbox"/> Antineoplásicos e inmunomoduladores.        | <input type="checkbox"/> Antiparásitos, insect. y repelentes.                                |
| <input type="checkbox"/> Sistema nervioso.                           | <input type="checkbox"/> Órganos de los sentidos.  |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio                        | <input type="checkbox"/> Cosméticos  |
| <input type="checkbox"/> Varios.                                     | <input type="checkbox"/> Alimentos y dietéticos.   |

¿He tenido alguna de las siguientes complicaciones y comorbilidades **desde el diagnóstico oncológico**?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tracto alimentario y metabolismo.           | <input type="checkbox"/> Sangre y órganos hematopoyéticos.                                   |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular.                     | <input type="checkbox"/> Dermatológicos.   |
| <input type="checkbox"/> Sistema genitourinario y hormonas sexuales. | <input type="checkbox"/> Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales e i. |
| <input type="checkbox"/> Antiinfecciosos para uso sistémico.         | <input type="checkbox"/> Sistema muscoesquelético.   |
| <input type="checkbox"/> Antineoplásicos e inmunomoduladores.        | <input type="checkbox"/> Antiparásitos, insect. y repelentes.                                |
| <input type="checkbox"/> Sistema nervioso.                           | <input type="checkbox"/> Órganos de los sentidos.  |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio                        | <input type="checkbox"/> Cosméticos  |
| <input type="checkbox"/> Varios.                                     | <input type="checkbox"/> Alimentos y dietéticos.   |

### Situación laboral y situación económica de paciente y familia

Marque cuál de las siguientes respuestas representa su **situación actual** respecto al trabajo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activo laboral.           | <input type="checkbox"/> Paro/desempleo. |
| <input type="checkbox"/> Reducción de jornada.     | <input type="checkbox"/> Estudiante.     |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad.              | <input type="checkbox"/> Jubilación.     |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |  |

Si en la anterior pregunta ha marcado incapacidad; **indique el tipo de incapacidad:**

- Temporal     Parcial     Total     Absoluta     Gran invalidez

En cual de los siguientes grupos situaría los **ingresos anuales netos de su hogar durante el último año fiscal** considerando las aportaciones de todos los miembros del mismo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6.000 euros.     | <input type="checkbox"/> De 6.000 a 12.000 euros.  |
| <input type="checkbox"/> De 12.001 a 18.000 euros. | <input type="checkbox"/> De 18.001 a 24.000 euros. |
| <input type="checkbox"/> De 24.001 a 30.000 euros. | <input type="checkbox"/> Más de 30.000 euros.      |

En cual de los siguientes grupos situaría los **ingresos anuales netos de su hogar antes del diagnóstico** considerando las aportaciones de todos los miembros del mismo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6.000 euros.     | <input type="checkbox"/> De 6.000 a 12.000 euros.  |
| <input type="checkbox"/> De 12.001 a 18.000 euros. | <input type="checkbox"/> De 18.001 a 24.000 euros. |
| <input type="checkbox"/> De 24.001 a 30.000 euros. | <input type="checkbox"/> Más de 30.000 euros.      |

¿Han **disminuido los ingresos** de su hogar desde el diagnóstico?

- Al menos un 20 %     Entre un 20-40 %     Entre un 40-60 %.

- Entre un 60-80 %.

- Más de un 80 %.

- No.

¿Cuál ha sido el **gasto extraordinario en el último año de farmacia/parafarmacia** respecto de la enfermedad oncológica?

- Menos de 600 euros.

- De 600 a 1.200 euros.

- De 1.201 a 1.800 euros.

- De 1.801 a 2.400 euros.

- De 2.401 a 3.000 euros.

- Más de 3000 euros.

- Ninguno.

¿Cuál ha sido el **gasto extraordinario en el último año de material ortopédico** (cama articulada, silla de ruedas, andador, peluca, cojín antiescaras, prótesis mamaria, etc.)?

- Menos de 600 euros.

- De 600 a 1.200 euros.

- De 1.201 a 1.800 euros.

- De 1.801 a 2.400 euros.

- De 2.401 a 3.000 euros.

- Más de 3000 euros.

- Ninguno.

¿Cuál ha sido el **gasto extraordinario en el último año relacionado con servicio de ayuda a domicilio y/o servicio acompañamiento a paciente?**

- Menos de 600 euros.

- De 600 a 1.200 euros.

- De 1.201 a 1.800 euros.

- De 1.801 a 2.400 euros.

- De 2.401 a 3.000 euros.

- Más de 3000 euros.

- Ninguno.

¿Cuál ha sido el **gasto extraordinario en el último año relacionado con la vivienda** (adaptación de domicilio, cambio de vivienda para cuidados, etc.) **o con el traslado a otro hospital para recibir tratamiento** (pago de hotel/hostal, transporte, gasolina, etc.)?

- Menos de 600 euros.

- De 600 a 1.200 euros.

- De 1.201 a 1.800 euros.

- De 1.801 a 2.400 euros.

- De 2.401 a 3.000 euros.

- Más de 3000 euros.

- Ninguno.

¿He recibido en algún momento **apoyo o ayuda económica de algún familiar o persona cercana para gastos extraordinarios** ocasionados por la enfermedad oncológica?

- Menos de 600 euros.

- De 600 a 1.200 euros.

- De 1.201 a 1.800 euros.

- De 1.801 a 2.400 euros.

- De 2.401 a 3.000 euros.

- Más de 3000 euros.

- No.

## ANEXO II:

### ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL (ABDVD)

#### ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Contiente	10
	- Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Contiente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
<b>TOTAL</b>		

Valoración de la incapacidad funcional:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

20 Dependencia total

## ANEXO III:

### ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

## Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente.....	Edad.....	Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria		
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>		<b>Puntos</b>
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc		
2. Marca unos cuantos números bien conocidos		1
3. Contesta el teléfono pero no marca		1
4. No usa el teléfono		0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>		
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia		1
2. Compra con independencia pequeñas cosas		0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra		0
4. Completamente incapaz de ir de compras		0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia		1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes		0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada		0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida		0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>		
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)		1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama		1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable		1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa		1
5. No participa en ninguna tarea doméstica		0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>		
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal		1
2. Lava ropa pequeña		1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado		0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>		
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche		1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público		1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona		1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros		0
5. No viaja		0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>		
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas		1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas		0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación		0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>		
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos		1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc		1
3. Incapaz de manejar el dinero		0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos



## ANEXO IV:

### ESCALA ZARIT. SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

**CUESTIONARIO –ZARIT-**

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

<b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Casi siempre</b>
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

**ANEXO V:**  
**ESCALA ECOG**

**Escala ECOG**

<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECOG 5: Paciente fallecido.</li></ul>

## ANEXO VI

### CUESTIONARIO EUROQOL-5D (EQ-5D)

#### 13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud *en el día de hoy*.

<b>Movilidad</b>		
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo que estar en la cama	<input type="checkbox"/>	
<b>Cuidado personal</b>		
No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
<b>Actividades cotidianas</b> (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
<b>Dolor/malestar</b>		
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
<b>Ansiedad/depresión</b>		
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)		
Mejor	<input type="checkbox"/>	
Igual	<input type="checkbox"/>	
Peor	<input type="checkbox"/>	

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.  
Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**El mejor estado de salud imaginable**

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

**El peor estado de salud imaginable**

**SU ESTADO DE SALUD HOY**

## ANEXO VII:

### RESUMEN RESULTADOS ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

#### VARIABLES

<b>Edad de paciente.</b> N=365	Media =61,62 años (± 13,012) Máx = 95 años.
<b>Género de paciente.</b> N=365	Hombres: 48,5% Mujeres: 51,5%
<b>Estado civil de paciente.</b> N=365	Solteros: 14,5% Casados: 63,8% Separados y divorciados: 11% Viudos: 10,7%
<b>Nivel de estudios de paciente.</b> N=365	Sin estudios/estudios primarios: 53,2% Estudios secundarios: 25,8% Estudios superiores: 21,1%
<b>Profesión de paciente.</b> N=365	Activo laboral cuenta propia: 10,1% Activo laboral cuenta ajena: 36,4% No activo laboral: 53% Otro: 38,9%
<b>Lugar de residencia del paciente.</b> N=365	Urbano: 55,3% Rural: 44,7%
<b>Situación laboral actual de paciente.</b> N=361	Activo laboral: 8,5% En paro/desempleo: 11,5% Jornada reducida: 0,5% Estudiante: 0,8% Incapacidad: 34% Jubilación: 40,5% Otro: 3%
<b>Tipo de incapacidad laboral.</b> N=123	Temporal: 21,6% Parcial: 1,6% Total: 4,1% Absoluta: 5,8% Gran invalidez: 0,5%
<b>Género cuidador principal de paciente.</b> N=338	Hombre 33,4% Mujer 66,6%
<b>Estado civil cuidador principal de paciente.</b> N=338	Solteros: 14,0% Casados: 72,9% Separado y divorciado: 3% Viudo: 2,7%

<b>Grado parentesco cuidador principal del paciente.</b> N=337	Primer grado: 86% Segundo grado: 5,5% Cuidador contratado: 0,8%
<b>Edad cuidador principal del paciente.</b> N=338	Media =57,19 años (± 14,052) Máx = 90 años.
<b>Tipo de cáncer.</b> N=365	Digestivo: 24,1% Pulmón: 23,3% Mama: 19,7% Próstata: 6,3% S.N.Central: 3,0% Hematológico: 9,3% Otros: 14,2%
<b>Estadio de enfermedad.</b> N=363	Estadio: 0 2,2% Estadio I: 14,0% Estadio II: 28,2% Estadio III: 24,7% Estadio IV :30,4%
<b>Meses transcurridos desde diagnóstico.</b> N=365	Media = 29,72 meses (± 42,032)
<b>Número de tratamientos desde diagnóstico oncológico.</b>	Media = 1,51 (± 0,653)
<b>Efectos secundarios del tratamiento en paciente.</b> N=301	Náuseas vómitos, diarrea (...): 1,6% Alopecia: 9,0% Cansancio: 2,7% Pérdida de apetito: 1,1% Otros: 5,2% Varios: 62,7%
<b>Comorbilidades asociadas antes de diagnóstico.</b> N=237	Tracto alimentario y metabolismo (...): 15,9% Sistema dermatológico: 3,3% Sist. Genitourinario (...): 4,9% Sistema músculoesquelético: 15,6%. Varios: 25,2%
<b>Comorbilidades asociadas después de diagnóstico.</b> N=235	Tracto alimentario y metabolismo (...): 6,8% Sistema dermatológico: 4,4% Sist. Genitourinario (...): 1,9% Sistema músculoesquelético: 10,7%. Varios: 40,5%

<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar durante el último año fiscal.</b> N=363	Menos de 6000€: 4,9% De 6000€ a 12000€: 22,2% De 12001€ a 18000€: 27,9% De 18001€ a 24000€: 20,0% De 24001€ a 30000€: 13,7% Más de 30000€: 10,7%	
<b>Cuantía de ingresos anuales netos del hogar anteriores al diagnóstico de cáncer.</b> N=363	Menos de 6000€: 3,8% De 6000€ a 12000€: 18,1% De 12001€ a 18000€: 30,1% De 18001€ a 24000€: 21,4% De 24001€ a 30000€: 13,2% Más de 30000€: 12,9%	
<b>Variación de ingresos en el hogar desde el diagnóstico de cáncer.</b> N=124	Hasta el 20%: 14,0% Del 20% hasta el 40%: 13,7% Del 40% hasta el 60%: 4,9% Del 60% en adelante: 1,4%	
<b>Gastos extraordinarios en el último año en farmacia y/o parafarmacia.</b> N=274	Hasta 600€: 65,8% De 600 a 1200€: 7,1% De 1201€ en adelante: 2,2%	
<b>Gasto extraordinario en el último año en material ortopédico.</b> N=171	Hasta 600€: 25,5% De 600 a 1200€: 16,2% De 1201€ en adelante: 5,2%	
<b>Gasto extraordinario en el último año en ayuda a domicilio y/o servicio de acompañamiento al paciente.</b> N=54	Hasta 600€: 7,1% De 600 a 1200€: 3,6% De 1201€ en adelante: 4,1%	
<b>Gasto extraordinario en el último año en traslados a hospital.</b> N=236	300€: 41,4% 900€: 12,1% 1500€: 4,4% 2400€: 2,7% 4500€: 4,1%	
<b>Puntuación Barthel.</b> N=363	Total 13,2% Grave 5,8% Moderado 12,9% Leve 35,9% Independiente 31,8%	
<b>Puntuación Lawton y Brody.</b> N=363	Total: 8,8% Severa: 12,1%	Moderada: 20,8% Ligera 33,2% Independiente 24,7%
<b>ESCALA Ecog.</b> N=363	Ecog 0: 16,2% Ecog 2: 24,4% Ecog 4: 13,2%	Ecog 1: 34,2% Ecog 3: 11,0% Ecog 5: 0,5%

**ESCALA ZARIT.**  
**N=363**

No sobrecarga 65,8%  
Sobrecarga ligera 13,4%  
Sobrecarga intensa 20,3%