

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER. LA HABANA, CUBA. 2011-2013

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER. HAVANA CUBA. 2011-2013

Recibido: 12 de febrero de 2018 | Aceptado: 09 de abril de 2018

DOI: 10.22199/S07187475.2018.0002.00006

MARÍA DEL CARMEN LLANTÁ ABREU ¹, HÉCTOR DEMETRIO BAYARRE VEA ², JORGE AMADO GRAU ABALO ³

^{1,3}. INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA, La Habana, Cuba;

². ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, La Habana, Cuba

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar factores asociados con una peor calidad de vida relacionada con la salud percibida por pacientes hospitalizados en servicios de oncopediatria de La Habana entre 2011 y 2013. **MÉTODO:** estudio correlacional realizado en 150 pacientes de 6-14 años de edad, atendidos en hospitales seleccionados, atendiendo a criterios de inclusión. Variable dependiente: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), variables independientes: edad, sexo, escolaridad, diagnóstico, motivo de ingreso, tipo de tratamiento y tiempo de evolución de la enfermedad. Se aplicó un sistema de evaluación de la calidad de vida percibida y reportada (SECVPR) desarrollado en Cuba para este tipo de paciente. Análisis estadístico: frecuencias absolutas y relativas y Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica. Se solicitó consentimiento informado. **RESULTADOS:** El 90% de los evaluados consignaron las categorías bien y regular con discreto predominio de la segunda (48%). Las variables: edad, motivo de ingreso, tipo de tratamiento, escolaridad y tiempo de evolución se asociaron con la CVRS ($p \leq 0,05$). **CONCLUSIONES:** La CVRS en los pacientes estudiados es peor si el paciente ingresa por complicaciones, tiene mayor escolaridad y edad, si es tratado con quimioterapia y si el tiempo de evolución es de un año o más.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida relacionada con la salud, oncopediatria, regresión logística, Cuba.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify factors associated with a worse quality of life related to health perceived in patients in oncopediatric services in Havana between 2011 and 2013. **METHOD:** Correlation study conducted in 150 patients aged 6-14 years, treated in hospitals that consider inclusion criteria. Dependent variable: quality of life related to health (HRQoL), independent variables: age, sex, education, diagnosis, reason for admission, type of treatment and time of evolution of disease. A system of evaluation of the quality of life perceived and reported (SECVPR) developed in Cuba for this type of patient was applied. Statistical analysis: absolute and relative frequencies and Multiple Logistic Regression with dichotomous response. Informed consent was requested. **RESULTS:** 90% of those evaluated fall into well and regular categories, with discrete predominance of the second (48%). The variables age, reason for admission, type of treatment, schooling and time of evolution were associated with HRQoL ($p \leq 0.05$). **CONCLUSION:** The HRQoL in the subjects is worse if the patient is admitted due to complications, has more schooling and age, whether he/she is treated with chemotherapy and whether evolution time is one year or more.

KEY WORDS: Quality of life related to health, oncopediatrics, logistic regression, Cuba.

¹. Doctora en Ciencias Psicológicas y Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana e Investigadora Auxiliar del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. Jefa del Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. E-mail: maria.llanta@infomed.sld.cu

². Doctor en Medicina. Especialista de II grado en Bioestadística. Profesor titular de Escuela Nacional de Salud Pública. Doctor en ciencias de salud. E-mail: hbayarre@infomed.sld.cu

³. Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor titular de la Universidad Médica de La Habana e investigador Titular del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. E-mail: psico@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Un reporte de la Organización Panamericana de la Salud ha situado al cáncer en la infancia como la segunda causa de muerte en muchos países en esta etapa del ciclo vital; además, señala que cada año se diagnostican más de 12 casos nuevos por cada 100 000 niños (OPS/OMS, 2014). Cuba, es una de las naciones en que los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en niños, superada solamente por los accidentes (MINSAP, 2014).

El cáncer, a tan corta edad, se convierte en una dolencia que, aún con los adelantos científico-técnicos, puede tener un curso fatal y, en aquellos que logran sobrevivir, se asocia frecuentemente a efectos a largo plazo que afectan su bienestar general. Por otra parte los tratamientos aversivos y mutilantes, las hospitalizaciones frecuentes, las limitaciones en sus actividades cotidianas, los cambios en la dinámica familiar, escolar y social, y la presencia de estados emocionales negativos, generan la responsabilidad de evaluar el grado de bienestar y la satisfacción de las necesidades en cualquier etapa del desarrollo. Por ello se precisa monitorizar la categoría CVRS, entre cuyos atributos destaca: su naturaleza subjetiva, multidimensional, dinámica, compleja y multicausal.

La repercusión psicológica y el impacto de la enfermedad en el niño y el adolescente se van experimentando en cada uno a través de los efectos visibles en su imagen corporal, las consecuencias negativas de los diferentes tratamientos que reciben, las frecuentes hospitalizaciones y visitas al médico, las limitaciones a que son sometidos en su actividad cotidiana, la presencia de estados emocionales negativos como ansiedad, depresión, ira, sentimientos de soledad y abandono por la separación de su familia y cambios en la dinámica familiar, escolar y social, así como por la edad, la madurez, el ambiente familiar, el nivel

socioeconómico, las creencias religiosas, el nivel cultural y la reacción familiar ante la nueva situación (Eiser y Vaice, 2002; Hernández, López y Durá, 2009; Serradas, 2010; Llantá, 2011; Llantá, Grau y Bayarre 2014; Tsai et al., 2013).

Los avances médicos han aumentado el tiempo de supervivencia en niños y adolescentes con cáncer y con ello, la posibilidad de que esta dolencia se instaure como enfermedad crónica, más que como una enfermedad aguda que conduce rápidamente a la muerte. Ello cambia las necesidades de los afectados y sus familiares, en tanto a ambos no solo les interesa incrementar el tiempo de vida, sino que se viva a plenitud, lo que se asocia con la categoría calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por el enfermo.

Las investigaciones sobre la CVRS constituyen un desafío en la actualidad en Oncología, y en particular para la Psicología, dado que para este concepto aún subsisten problemas teóricos, metodológicos e instrumentales. A ello se adiciona la naturaleza del problema cáncer y la infancia como etapa del ciclo vital singular, que demanda de los investigadores un abordaje profesional que los acerque al sufrimiento y les permita un funcionamiento dentro del rango permisible de objetividad necesaria para obtener los resultados esperados.

En la actualidad el diagnóstico de la CVRS deviene intencionalidad insustituible en el quehacer profesional en la práctica de la Oncología. El nivel de bienestar/malestar derivado del impacto de la enfermedad y sus tratamientos ha hecho que su estudio no solo se limite a los adultos, sino que cada vez se incorporen más los niños en sus evaluaciones para que se realice desde sus propias valoraciones y en su contexto específico matizado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Desde esta perspectiva, el disfrute, la satisfacción, las preocupaciones y las expectativas sobre los diferentes dominios de la CVRS no deben quedar fuera

de la valoración de estos niños y adolescentes, aún cuando se reconozca que existen determinadas situaciones donde resulta importante la necesidad de la valoración por otros observadores. En consecuencia, la necesidad de que sean los niños quienes ofrezcan valoraciones acerca de indicadores de naturaleza subjetiva-emocional que superen la perspectiva reduccionista y biologicista donde se sobrevaloran los aspectos biomédicos y se subvaloran los personalógico-valorativos, hace mucho más compleja la evaluación de la CVRS en estas edades.

El empleo del enfoque terapéutico multidisciplinario, que incluye la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas, radiantes y principalmente, el uso de la poliquimioterapia en altas dosis, ha condicionado un mayor número de sobrevivientes, pero los efectos adversos de los tratamientos, así como el impacto emocional de un diagnóstico de cáncer, hace que se haga necesaria la revisión del uso exclusivo de los indicadores clásicos, como la morbilidad, la mortalidad, la supervivencia y otros trazadores tradicionales para evaluar las intervenciones en salud (Llantá, Grau y Bayarre, 2014). Esto trae como consecuencia que se focalice cada vez más la CVRS como un indicador importante.

En consecuencia, la CVRS se refiere a la percepción que tiene un paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar (Gómez Vela y Sabeh, 2001; Urzúa, 2010; Grau, 2013, 2015a,b; Grau, Chacón y Llantá, 2015; Llantá et al., 2014) y puede ser definida como “el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud” (Urzúa, 2010, p. 359).

Al definir CVRS en la infancia, el problema se hace más complejo al tener que valorar en su conceptualización las

exigencias que imponen las diferentes etapas evolutivas del desarrollo ontogenético en correspondencia con los factores contextuales que están implicados en el desarrollo normal de la infancia; situación ésta que se hace mucho más complicada cuando en su evaluación se debe asumir el grado de afectaciones que pueden generar un diagnóstico de cáncer y los tratamientos (Llantá et al., 2014).

En la presente investigación se concibe a la CVRS como la valoración que cada niño/a y adolescente hace del bienestar que se deriva del impacto que la enfermedad, los tratamientos y sus secuelas tienen en su desarrollo evolutivo, en el ajuste a la vida y en la plenitud con que viven y vivirán su vida en correspondencia con las condiciones contextuales y objetivas en las que existen (Llantá et al., 2014; Llantá et al., 2015). En estos estudios deben evaluarse las dimensiones más afectadas y otras menos afectadas que obligan a concebirla en su integralidad, desde una perspectiva personalógica y en un contexto sociocultural determinado. La salud se describe como un dominio importante en la evaluación global de la CVRS, pero existen otros muy importantes sobre los que también impacta la enfermedad (Llantá et al., 2014; Grau et al., 2015).

No es hasta la última década del pasado siglo y comienzos del presente en que se incorporan las medidas de auto-reporte, condicionando la incorporación de las valoraciones de los niños y adolescentes en estos estudios (Eiser, 1995; Llantá, 1996; Llantá et al., 2009a; Verdugo y Sabeh, 2002; Pane, Solans, Gaité, Serra-Sutton, Estrada, Rajmil, 2006; Urzúa, Cortés, Vega, Prieto y Tapia, 2009).

En sentido general las investigaciones se han centrado en variables médicas y de tratamientos, en tanto no se han encontrado estudios que propongan un modelo conceptual de los determinantes de la calidad de vida, a través de técnicas analíticas avanzadas que permitan evaluar

interacciones entre factores (Panen et al., 2006; Klassen, Anthony, Khan, Sung, Klaassen, 2011). Además, no existe un desarrollo conceptual, ni un marco teórico que funcione como criterio de verdad o "regla de oro" (Anthony et al., 2014; Llanta et al., 2014).

Ello nos motivó a realizar este estudio con la finalidad de responder la interrogante siguiente ¿Cuáles de un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas se asocian a la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes oncopediátricos hospitalizados en centros de atención de salud de La Habana entre 2011 y 2013? Para contestar la interrogante planteada se traza el siguiente objetivo: Identificar factores asociados con una peor calidad de vida relacionada con la salud percibida por pacientes hospitalizados en servicios de oncopediatria de La Habana entre 2011 y 2013.

METODOLOGÍA

El trabajo, de naturaleza multicéntrica, incluyó los Hospitales Pediátricos "Juan Manuel Márquez" y "William Soler", el "Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología" y en el "Instituto de Hematología", centros ubicados en La Habana, que brindan atención a pacientes oncopediátricos de esta provincia y de otras provincias del país.

La investigación clasifica como trabajo correlacional, en tanto pretende identificar si dos o más variables independientes - relacionadas con los pacientes en estudio- se asocian con la variable dependiente o de respuesta "calidad de vida relacionada con la salud" de éstos, como fuente generadora de posible hipótesis explicativa, a probar en estudios posteriores de naturaleza analítica.

Participantes

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los niños que ingresaron en los servicios de Oncopediatria de La Habana, en

el periodo comprendido entre el 1^{ro} de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2013. De ellos se escogió una muestra por criterios de inclusión de tamaño 150.

Criterios de inclusión: pertenecer al intervalo de 6-14 años de edad, con diagnóstico clínico-histológico de cáncer; estar hospitalizado en los centros de atención a estos pacientes en La Habana por un período igual o mayor de siete días; brindar de conjunto con su cuidador primario el consentimiento informado; obtener el consentimiento de participación por parte del facultativo; no poseer trastorno psiquiátrico severo, ni afectaciones orgánicas y(o) neurológicas que impidan la comprensión y complementación del instrumento.

Criterios de exclusión: falta de un cuidador primario; cuidador primario que no de su consentimiento; ausencia de documento de consentimiento informado, de pacientes y cuidadores de forma simultánea; pacientes a quienes el facultativo no brinde su consentimiento de participación.

Criterios de salida: aquellos pacientes que fueron dados de alta antes de completar el instrumento por segunda vez; tuvieron efectos adversos graves por la enfermedad y sus tratamientos; fallecieron antes de completar el instrumento por segunda vez.

Variables

Se incluyeron como variables explicativas o independientes: la edad, la escolaridad, el diagnóstico, el tipo de tratamiento, el motivo de ingreso y el tiempo de evolución y como variable dependiente o de respuesta la calidad de vida relacionada con la salud.

Instrumentos

La información se obtuvo a través de la aplicación del Sistema de Evaluación de la Calidad de Vida percibida y reportada para niños con cáncer (SECVPR), instrumento cubano elaborado en 1996, que cuenta con los atributos métricos de fiabilidad y validez

requeridos (Del Rosario, 1996; Llantá, 1996; Llantá et al., 2001, 2009b). Así, el estudio test-retest arrojó coeficientes estabilidad en las puntuaciones en todas las validaciones con coeficientes de correlación intraclase superiores a 0,80 de manera general y en cada dimensión. Además, se obtuvieron coeficientes α de Cronbach altos ($\geq 0,80$) de manera general y en cada dimensión, en tanto el análisis factorial confirmatorio corroboró la estructura factorial (seis dimensiones) del instrumento, lo que evidencia su validez de constructo. La validez concurrente se obtuvo con suficiente nivel de significación, al comparar los resultados de niños evaluados con los valores de una escala de ejecución de juegos (EEJ), tal como ha sido recomendada en la literatura sobre medidas de evaluación de calidad de vida en niños con cáncer (Eiser, 1995).

El proceso de validación asumido (Del Rosario, 1996; Llantá, 1996), adolecía de una escala global específica. De ahí, la necesidad de crear una escala, que resultara útil en los ámbitos asistencial e investigativo. Se escogió una muestra aleatoria de 103 niños (que no participaron en la investigación), a los que se les aplicó el SECVPR. Inicialmente, se probó la normalidad de los datos, a través de la prueba de KolmogorovSmirnov. Luego, y para la determinación de los puntos de corte, se decidió -dadas las características mencionadas- seleccionar los percentiles 33 y 66, que establecieron a priori, los puntos de corte que delimitan las categorías buena, regular y mala. Se solicitó la participación de un grupo de siete expertos en CV y Oncopediatría -seleccionados por competencias demostradas-, quienes establecieron dos puntos de corte que delimitaron las tres categorías de calidad de vida antedichas, a partir de la puntuación comprendida entre 0 y 10. Una vez obtenidos ambos resultados, se utilizó la Prueba Kappa de Concordancia. Ello permitió la adopción de la escala definitiva, cuyos rangos de valores por categoría son los siguientes:

Buena (0-3,1); Regular (3,11-6,0) y Mala ($\geq 6,01$).

Para dar cumplimiento al objetivo que nos ocupa - determinar cuáles de las variables sociodemográficas y clínicas están asociadas a una peor CVRS en los sujetos estudiados- fue menester colapsar las categorías regula y mala denominada peor, en tanto a la buena se le denominó mejor.

Se utilizó el modelo de Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica. Para ello fue menester establecer ciertas precauciones previas, entre las que se incluyen el análisis de colinealidad, a través de la matriz de correlaciones. Ello permitió detectar información redundante entre variables independientes, a través de una correlación excesiva ($\geq 0,80$). Se comprobó ausencia de colinealidad, lo que permite su empleo en el modelo, en tanto no obstaculiza el proceso de inversión y transposición de matrices y con ello, no afecta la estimación de los parámetros del modelo (Silva, 1994). Para las variables nominales politómicas se crearon variables dummy o ficticias que fueron interpretadas.

Dada que el número de variables explicativas no era excesivo se aplicó el modelo de Regresión Logística. Se calculó el ajuste del modelo a los datos a través del estadígrafo de Hosmer y Lemeshow ($p \geq 0,05$). Se interpretaron los coeficientes del modelo (puntual y por IC 95 %) en virtud del tipo de variable.

Procedimiento

El sistema de instrumentos fue aplicado a pacientes una vez solicitado su consentimiento informado. En la aplicación se consideró el momento propicio para que los pacientes completaran el instrumento por sí solos y bajo condiciones de buena iluminación, ventilación, privacidad, adecuado mobiliario, condiciones que permitieron cumplir con los principios y regularidades en los estudios diagnósticos.

El SECVPR se aplicó repetidamente, en dos ocasiones a cada informante, con una semana de diferencia (7 días). Se evalúa la CV "en las últimas 24 horas" y se promedian los resultados de las dos aplicaciones. La aplicación en dos momentos se considera un criterio metodológico condicionado por los cambios frecuentes, que generan la enfermedad y los tratamientos, por lo que al ponderar estas dos evaluaciones se aporta un dato más objetivo a los estudios de calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de estudio.

Aspectos éticos

Se contactó con la Sección Independiente para el Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública de Cuba y con Directores y Jefes de servicio de los centros donde se desarrolló la investigación.

A los pacientes que participaron en el estudio, a sus familiares y a médicos de cabecera se les explicaron los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y se les solicitó su consentimiento para participar en el mismo. Formó parte de esta solicitud de cooperación la confidencialidad de la información y el derecho de los sujetos a la autonomía, pudieron decidir no participar en la investigación sin que esto les trajera consecuencias negativas.

El completamiento de los instrumentos se realizó de forma anónima, mediante la utilización de un código, adjudicado a cada sujeto conocido exclusivamente por la investigadora principal. La investigación no implicó afectaciones físicas, ni psíquicas a los pacientes estudiados y se protegieron sus derechos a participar en la investigación correspondiente con los preceptos y principios del Acta de Helsinki, revisada en la 52^a. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Edimburgo, en octubre del 2000 y a la Convención de los Derechos de los niños (Asamblea General de la ONU, 1989). El proyecto de investigación se presentó y aprobó en el Comité de Ética y en

el Consejo Científico del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la República de Cuba.

RESULTADOS

La muestra de este estudio de caracterizó por la inclusión de ser pacientes oncopediátricos a predominio del sexo femenino con 93 (62,0%), con edades comprendidas entre los 6 y los 14 años, a predominio del grupo 6-11 con 105 (70,0%), y escolaridad primaria 111 (74,0%), acorde a los esperado en consideración con el grupo etario de mayor aporte relativo. En relación con el diagnóstico, se aprecia que las mayores contribuciones las realizan las leucemias, presentes en 60 pacientes, lo que representa el 40,0%, seguido por los tumores sólidos, entidad que representa el 36,0% de los diagnósticos y por los linfomas, que afecta al 24,0% de los pacientes. El principal motivo de ingreso fue para recibir tratamiento, presente en 108 pacientes (72,0%), en tanto que el tipo de tratamiento predominante fue la quimioterapia, realizada en 84 niños o adolescentes (56,0%), seguido del tratamiento paliativo, realizado en 38 casos (25,0%), mientras que el tiempo de evolución más frecuente en estos pacientes fue menos de un año, presente en 111 pacientes, para el 74,0%. (Tabla 1).

En la tabla 2 se presentan los resultados de la evaluación global de la calidad de vida relacionada con la salud percibida, a partir de la escala ordinal del instrumento, creada al efecto. Así, se aprecia un predominio de la categoría regular, en la que se consigna el 48.0% de los pacientes, seguida por la categoría buena, presente en el 42,0%, en tanto solo el 10,0% de los estudiados se consigna en la categoría mala. Nótese que el 90% percibe su calidad de vida al menos regular, lo cual pudiera constituir un indicador indirecto, que hable en favor de un adecuado control de síntomas y de la organización y funcionamiento de los servicios, en favor de la humanización de los servicios.

TABLA 1.
Niños y adolescentes hospitalizados con cáncer según variables sociodemográficas y clínicas.

Variables	Número	Porcentaje
Sexo		
Femenino	93	62,0
Masculino	57	38,0
Edad		
6-11	105	70,0
12-14	45	30,0
Escolaridad		
Primaria	111	74,0
Secundaria	39	26,0
Diagnóstico		
Leucemia	60	40,0
Linfoma	36	24,0
Tumores sólidos	54	36,0
Motivo de ingreso		
Tratamiento	108	72,0
Diagnóstico de recaída	24	16,0
Complicaciones	18	12,0
Tipo de tratamiento		
Quimioterapia	84	56,0
Paliativo	38	25,0
Cirugía	21	14,0
Radioterapia	6	4,0
Tiempo de evolución		
Menos de un año	111	74,0
1 año o más	39	26,0

n=150.

TABLA 2.
CVRS global percibida por niños y adolescentes con cáncer según escala ordinal.

Evaluación Global	Número	Porcentaje
Buena	63	42,0
Regular	72	48,0
Mala	15	10,0
Total	150	100,0

TABLA 3.
Resultados de la Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica para la evaluación de la influencia de variables socio-demográficos y clínicas sobre la mala calidad de vida.

Variable	Coeficiente (bi)	Odds de Prevalencia	Significación	Intervalo de Confianza	
				Límite inferior	Límite superior
Edad	1,916	6,792	,017	1,403	32,882
Sexo	,685	1,983	,156	,770	5,112
Escolaridad	1,358	3,156	,020	1,033	10,745
Diagnóstico	,125	1,133	,794	,445	2,884
Tipo de tratamiento	1,832	6,244	,002	1,958	19,910
Motivo de ingreso	2,674	14,504	,000	3,819	55,080
Tiempo de evolución	1,285	3,614	,025	1,175	11,119
Constante	-11,304	,000	,012		

$X^2_{HosmerLemeshow}=3,574$ gl=8 p=0,893

Entre los supuestos a verificar para la aplicación del Modelo de Regresión Logística se encuentra la ausencia de colinealidad, lo cual se verifica en este trabajo (Ver Anexo 1). Al analizar los resultados de la Regresión Logística Múltiple (Tabla 3), se observa que, por orden de significación, se encuentran asociados a la "peor" CVRS percibida el motivo de ingreso (0,000), el tipo de tratamiento (0,002), la edad (0, 017), la escolaridad (0, 020) y el tiempo de evolución (0, 025). Es casi 15 veces más probable que se consigne CVRS "peor" si el ingreso ocurre por complicaciones de la enfermedad y(o) tratamientos que por otro tipo de ingreso. La probabilidad de tener peor CVRS es casi 7 veces mayor por cada año que transcurra entre los 6 y los 14 años de edad; mientras que es alrededor de 6 veces más probable presentar "peor" CVRS si se está sometido a quimioterapia en relación con el resto de los tratamientos. Además, es 3,6 veces más probable presentar una CVRS "peor" si la evolución de la enfermedad es de un año o superior en comparación con los que tienen menos de un año, y es aproximadamente 3 veces más probable tener "peor" CVRS si el paciente se encuentra en el nivel secundario de escolaridad que si se cursa el nivel primario.

DISCUSIÓN

En investigaciones anteriores realizadas en el contexto cubano se ha observado que los niños y adolescentes con cáncer, en sentido general, evalúan su CVRS global de forma similar a lo encontrado en este estudio; el mayor porcentaje se ubica en las categorías "regular", seguida por la "buena" (Llantá, 1996; Mejías, 2011; Mejías, Llantá, Reno Lence, Cabana, Martínez, 2013). Hacia el interior del instrumento las dimensiones que más tributaron a la evaluación regular y mal de la CVRS percibida fueron los síntomas asociados al tratamiento, las preocupaciones por los tratamientos, el juego escuela, la escuela y la muerte, los síntomas emocionales así como las afectaciones al validismo y síntomas primarios como: el

dolor y alteraciones en la autoimagen corporal.

La experiencia clínica y los reportes de investigación hablan a favor de un proceso adaptativo de manera general (Llantá, 1996, 2011; Die Trill, 2003; Eiser, Eiser y Stride, 2005; Eslava, 2006; López, 2009; Tercero, 2011; Yagci-Küpeli, Akyüz, Küpeli y Büyükpamukçu, 2012; Tsai et al., 2013). Así, se hace frecuente la presencia de distrés emocional pero sin necesariamente mostrar psicopatología grave. Investigadores refieren que los niños que pueden regular y modular sus respuestas emocionales a eventos estresantes son capaces de hacer frente a ellos y recuperarse de sus efectos (Hofer, Eisenberg, y Reiser, 2010; Philippe, Laventure, Beaulieu-Pelletier, Lecours y Lekes, 2011; Taylor, Eisenberg, Spinrad y Widaman, 2013; Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal y Vinaccia 2013; Harper et al., 2014).

Los resultados corroboran la importancia de la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, posición metodológica considerada como regla de oro en estos tiempos, por ser ellos los que afrontan los efectos negativos de la enfermedad, sus tratamientos y el proceso de hospitalización. De ahí que su valoración constituya piedra angular en la práctica clínica oncológica con el objetivo de proyectar intervenciones que potencien una mejor CVRS, en función de incrementar su disfrute, satisfacción y bienestar. Considerar la opinión del niño al evaluar su CVRS no implica un proceso formal, surge como necesidad esencial en la investigación dentro de la Oncología pediátrica como componente integral en la práctica clínica (Eiser y Morse, 2001; Llantá, 2011; Llantá et al., 2012a, 2014).

Dentro de las variables sociodemográficas la edad y la escolaridad resultaron asociadas a una peor calidad de vida. Al comparar los resultados con los de estudios previos, hay que decir que la variable edad fue asociada

significativamente con la CVRS en 15 de 28 estudios (Klassen et al., 2011). Se hace referencia a que los de menor edad en relación con los adolescentes son los que mejor evalúan su CVRS (Chiou, Jang, Liao y Yang, 2010; Flokstra-de Blok et al., 2010; Llantá, Grau y Bayarre, 2016). Sin embargo, también se ha señalado que la propia connotación de la enfermedad y sus tratamientos influye en el desarrollo evolutivo de los pacientes, al modificar su situación social del desarrollo y propiciar una maduración precoz de éstos, quienes desde muy temprana edad vivencian las implicaciones negativas de la enfermedad y sus tratamientos, aspectos no siempre valorados adecuadamente (Die Trill, 2003; Viera, Peña, Carleo y Acosta, 2010; Llantá 2011).

De ahí que, para este tipo de pacientes, resulte de vital importancia el abordaje de la edad, como categoría psicológica, más que como edad cronológica. Estos resultados pueden estar vinculados a vivencias y emociones, así como a síntomas o repercusiones de la enfermedad y los tratamientos. Los pacientes, suelen preguntarse si van a morir dependiendo de su edad cronológica y comienzan a comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y miedos. Los más pequeños manifiestan principalmente su preocupación por el dolor y el miedo a separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones. En los de más edad surgen sentimientos de soledad cuando la enfermedad no les permite participar en actividades diarias. El miedo a la muerte y el estrés por posibles cambios físicos son más comunes en los adolescentes, resultados coincidentes con otros trabajos (Sawyer, Antoniou, Toogood y Rice, 2000; Die Trill, 2003; Llantá, 2011; 2014a, b).

Las diferencias encontradas en relación con la variable edad, pudieran explicarse por el nivel de desarrollo cognitivo y emocional de este grupo de edades. Los pacientes

adolescentes empiezan a vivenciar el impacto de la enfermedad y sus tratamientos desde la perspectiva de su desarrollo evolutivo. Se ha resaltado el desarrollo del crecimiento personal en los supervivientes de un cáncer en la infancia (Chesler, 2000; Harper et al., 2014), sin dejar de destacar el impacto negativo en supervivientes.

A mayor escolaridad se incrementan las posibilidades para poder evaluar el impacto de la enfermedad y sus tratamientos, dado también por la dinámica de las características cognitivas de la etapa. En Cuba, durante el proceso de hospitalización, se lleva a cabo un Programa de Educación, donde se imparte clases a pacientes de nivel primario. No obstante a lo referido, 6 pacientes de la muestra del estudio se encuentran con un nivel escolar por debajo al de su edad cronológica al interrumpir sus estudios por el influjo negativo de su padecimiento.

El motivo de ingreso no fue una variable reportada en otros estudios, sin embargo destaca su contribución a una "peor" calidad de vida en la muestra estudiada, sobre todo cuando el ingreso hospitalario está determinado por complicaciones de la enfermedad y sus tratamientos.

El tipo de tratamiento es una de las variables más incluida en los estudios de calidad de vida en Oncopediatría (Klassen et al., 2011), resultando de gran significación la quimioterapia dado por los efectos secundarios como las náuseas, vómitos y alopecia así como por la fatiga, cansancio y otros síntomas relacionados con esta. En pacientes bajo tratamiento quimioterapéutico la CVRS es peor por los efectos adversos y la posibilidad de la incertidumbre de respuestas ante los mismos (Llantá, 1996; Llantá, Grau y Chacón 2001; Tsai et al., 2013).

En relación con la variable tiempo de devolución, se evidencian peores resultados de CVRS a medida que se incrementa este.

No existe unicidad de criterio a la hora de establecer la amplitud en los intervalos de tiempo de evolución al estudiar la CVRS. Ello depende de la finalidad del estudio. Los pacientes de más tiempo de evolución se encuentran con limitaciones propias de las secuelas de los tratamientos empleados, con más preocupaciones y temores a las recaídas de la enfermedad y deben cumplir con orientaciones que pueden limitar sus realizaciones como ser social (Llantá, Bayarre, Grau, 2016).

Algunas investigaciones reportan que a más tiempo de evolución peor calidad de vida (Bhat et al., 2005; Sung et al., 2009; Cádiz, Urzúa y Campbell, 2011), otras encuentran lo contrario (Yaris, Yavuz, Yavuz, y Okten, 2001; Eiser y Eiser, 2007). Ello pudiera relacionarse con las diferencias existentes entre las metodologías empleadas y con las características de las unidades de análisis empleadas.

En resumen se puede expresar que la mala CVRS percibida está asociada a las complicaciones de la enfermedad y(o) sus tratamientos y a variables clínicas y socio-demográficas tales como: motivo de ingreso, mayor edad, mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor nivel de escolaridad, y en especial, a la quimioterapia como tipo de tratamiento.

REFERENCIAS

- Alessi, D., Dama, E., Barr, R., Mossoa, M.L., Maulea, M., Magnania, C., et al. (2007). Health-related quality of life of long-term childhood cancer survivors: A population-based study from the Childhood Cancer Registry of Piedmont, Italy. *Eur J Cancer*, 43, 2545–2552.
- Anthony, S.J., Selkirk, E., Sung, L., Klaassen, R.J., Dix, D., Scheinmann, K., et al. (2014). Considering quality of life for children with cancer: a systematic review of patient-reported outcome measures and the development of a conceptual model. *Qual Life Res*, 23, 771–789.
- Bhat, S.R., Goodwin, T.L., Burwinkle, T.M., Lansdale, M.F., Dahl, G.V., Huhn, S.L., et al. (2005). Profile of daily life in children with brain tumors: An assessment of health-related quality of life. *J of Clinical Oncology*, 23(24), 5493–5500.
- Cádiz V., Urzúa, A., Campbell, M. (2011). Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Rev Chil Pediatr*, 82(2), 113-121.
- Chesler, M. (2000). Some survivors of childhood cancer are “thriving”-illusion or reality? A synthetic review of the literature and our empirical work”. CRSO Working Paper Series. Department of Sociology, University of Michigan.
- Chiou, S. S., Jang, R. C., Liao, Y. M., & Yang, P. (2010). Health-related quality of life and cognitive outcomes among child and adolescent survivors of leukemia. *Supportive Care in Cancer*, 18(12), 1581–1587.
- Del Rosario, N. (1996). Confeción y validación de un sistema para la evaluación de la calidad de vida percibida y reportada en niños con cáncer (SECVPR). Tesis de Maestría en Psicología Médica, Facultad de Psicología, Universidad Central “Martha Abreu”. Villa-Clara. Cuba.
- Die Trill, M. (2003). El niño y el adolescente con cáncer. En: M. Die Trill (Ed.). *Psicooncología* (pp. 85-101). España: ADES.
- Eiser, Ch. (1995). Choices in measuring quality of life in children with cancer: a comment. *Psycho-oncology*, 4, 121-131.
- Eiser, C., Eiser, J.R. (2007). Mothers ratings of quality of life in childhood cancer: initial optimism predicts improvement over time. *Psychol Health*, 22, 535–543.
- Eiser, C., Eiser, J.R., Stride, C.B. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their

- mothers. *Health Qual Life Outcomes*, 3: 29.
- Eiser, C., Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4), 1–157.
- Eiser, C., Vance, Y.H. (2002). Implications of cancer for school attendance and behavior. *Med Pediatr Oncol*, 38(5): 317-319.
- Eslava, V. (2006). Aspectos psicológicos del adolescente con cáncer. Consultado 17 dic. 2010 en: www.asion.org/pdf/aspectos_psicologicos_adolescente_cancer.pdf
- Flokstra-de Blok, B. M., Dubois, A. E., Vlieg-Boerstra, B. J., OudeElberink, J. N., Raat, H., DunnGalvin, A., et al. (2010). Health-related quality of life of food allergic patients: comparison with the general population and other diseases. *Allergy*, 65(2), 238-244.
- Gómez-Vela, M., Sabeh, E. (2001). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Consultado en octubre 2015 en: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Grant, J., Cranston, A., Horsman, J., Furlong, W., Barr, N., Findlay, S., et al. (2006). Health status and health-related quality of life in adolescent survivors of cancer in childhood. *J Adolesc Health*, 38, 504–510.
- Grau, J. (2013). Calidad de vida y ensayos clínicos en cáncer: problemas y retos. Conferencia impartida en entrenamiento sobre Ensayos Clínicos. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (documento no publicado).
- Grau J. (2015a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: una revisión. En: *Hacer y Pensar la Psicología*. Curso Universidad para todos, tabloide 10.
- Grau J. (2015b). Calidad de vida y bienestar subjetivo: Un camino al futuro. *TÍPICA*, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 11(1), 1-28. Consultado en octubre 2015 en: http://www.tipica.org/media/system/attachments/Vol11N1/A1.%20Grau_Calidad%20de%20Vida.pdf
- Grau, J., Chacón, M., Llantá, M.C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida: una revisión. En: GR Ortiz, I Fangle (Comps.). *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la Calidad de Vida* (pp. 172-218). Puebla: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- Harper F.W. K., Goodlett, B.D., Trentacosta, C.J., Albrecht, T.L., Taub, J.W., Phipps, S., et al. (2014). Temperament, Personality, and Quality of Life in Pediatric Cancer Patients. *J of Pediatric Psychology* 39(4), 459–468, 2014 doi:10.1093/jpepsy/jst141
- Hernández, S., López, C., Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Revista de Psicooncología*, 6(2-3), 311-325.
- Hofer, C., Eisenberg, N., Reiser, M. (2010). The role of socialization, effortful control, and ego resiliency in French adolescents' social functioning. *J of Res Adolescence*, 20, 555–582.
- Klassen, A.F, Anthony S.J., Khan, A., Sung, L., Klaassen, R. (2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*, 19(9), 1275-1287.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Miggli, F.K., Gnehm, H.E., Sennhauser, F.H. (2006). Health-related quality of life in children with newly diagnosed cancer: a one year follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*, 4: 63.
- Llantá, M.C. (1996). Calidad de vida percibida por los niños con cáncer y reportada por padres y médicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud.

- Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- Llantá, M.C. (2011). Calidad de vida y calidad de muerte en Oncopediatría. *Revista Cubana de Enfermería*. Consultado 15 abril 2011 en: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf>
- Llantá, M.C. (2014a, noviembre). Calidad de vida y sufrimiento en familiares del paciente oncológico. Conferencia en XX Congreso Internacional de Oncología y Hematología Pediátrica. Querétaro, México.
- Llantá, M.C. (2014b, noviembre). Dolor físico y dolor emocional. Conferencia en XX Congreso Internacional de Oncología y Hematología Pediátrica. Querétaro, México.
- Llantá, M.C., Grau, J., Bayarre, H.D. (2014). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Oncopediatría: hacia una reflexión del tema. *Rev haban cienc méd*, mayo-jun, 13(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180431106018.pdf>
- Llantá, M.C., Grau, J., Bayarre, H., Renó, J., Machín, S., Verdecia, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana, 2011-2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 15 (2), pp. 297-31.
- Llantá, M.C., Grau, J., Bayarre, H. D., Chacón, M., Renó, J., Romero, T., et al. (2009a). Evaluación de la Calidad de Vida en Oncopediatría. Proyecto Ramal CITMA. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana.
- Llantá, M.C., Grau, J., Bayarre, H. D., Chacón, M., Renó, J., Romero, T., et al. (2015). Evaluación de la Calidad de Vida en Oncopediatría. Reporte de investigación. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana.
- Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M. (2001). Calidad de vida percibida por los niños con cáncer y reportada por los padres y médicos. *Revista Psicología y Salud*, 10(1), Enero-Junio.
- Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M., Grau, R., Romero, T., Renó, J., et al. (2009b). Sistema para la evaluación de la CV percibida y reportada en niños con cáncer (SECVPR). Instrumento cubano para su evaluación en Oncopediatría. Conferencia en: I Coloquio Internacional: Cáncer y Calidad de Vida [CD-ROOM]. Holguín, Cuba.
- Llantá, M.C., Grau, J., Martínez, Y., Bayarre, H., Renó, J., Verdecia, C., et al. (2012a). ¿Deben y pueden los niños con Cáncer evaluar su calidad de vida? Problema Bioético a dilucidar. Tema libre presentado en Convención Internacional de Salud Pública. Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba.
- Meadows, A.T. (2006). Paediatric cancer survivorship: research and clinical care. *Review. J Clin Oncol*, 24, 5160–5165.
- Meeske, K., Katz, E.R., Palmer, S.N., Burwinkle, T., Varni, J.W. (2004). Parent proxy-reported health-related quality of life and fatigue in pediatric patients diagnosed with brain tumors and acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*, 101, 2116–2125.
- Mejías, L. (2011). Calidad de vida percibida y reportada. Instituto de Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”. Universidad Médica de La Habana, Cuba.
- Mejías, L., Llantá, M.C., Reno J., Lence J., Cabana, R., Martínez, Y. (2013). Calidad de vida percibida y reportada en Oncopediatría. *Rev Electrón Medicina, Salud y Sociedad*, enero-abril; 3(2). Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>
- MINSAP. (2014). Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Estadísticas. La Habana, Cuba.
- Mounir, G.M., Abolfotouh, M.A. (2007). Assessment of health related quality of life among school children with cancer in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc*, 82, 219–238.

- OPS/OMS. (2014). Diagnóstico temprano del cáncer en la infancia. Washington, DC: autor.
- Pane, S., Solans, M., Gaité, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M., Rajmil, L. (2006). Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. España.
- Philippe, F. L., Laventure, S., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S., Lekes, N. (2011). Ego-resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. *J of Social and Clinical Psychology*, 30, 583–598.
- Pogany, L., Barr, R.D., Shaw, A., Speechley, K.N., Barrera, M., Maunsell, E., et al. (2006). Health status in survivors of cancer in childhood and adolescence. *QualLife Res*, 15, 143–157.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villareal, D., Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Rev de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117.
- Sandeberg, M.A.F., Johansson, E., Bjork, O., Wettergren, L. (2008). Health-related quality of life relates to school attendance in children on treatment for cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*, 25, 265–274.
- Sands, S.A., Milner, J.S., Goldberg, J., Mukhi, V., Moliterno, J.A., Maxfield, C., et al. (2005). Quality of life and behavioral follow-up study of pediatric survivors of craniopharyngioma. *J Neurosurg*, 103, 302–311.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I. y Rice, M. (2000). Childhood cancer: a two-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Am Child Adolescent Psychiatry*, 36(1), 736-743.
- Serradas, M. (2010). Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia en ambientes hospitalarios. *Revista Venezolana Oncológica*, 22(3), 174-186.
- Shankar, S., Robison, L., Jenney, M.E.M., Rockwood, T.H., Wu, E., Feusner, J., Friedman, D., Kane, R.L., Bhatia, S. (2005). Health-related quality of life in young survivors of childhood cancer using the Minneapolis–Manchester Quality of Life–Youth Form Pediatrics, 115, 435–442.
- Silva, L.C. (1994). Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Díaz de Santo. Madrid, España.
- Sung, L., Klaassen, R.J., Dix, D., Pritchard, S., Yanofsky, R., Dzolganovski, B., et al. (2009). Identification of pediatric cancer patients with poor quality of life. *Br J Cancer*. 100, 82-88.
- Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Widaman, K. F. (2013). Longitudinal relations of intrusive parenting and effortful control to egoresiliency during early childhood. *Child Development*, 84, 1145–1151. doi:10.1111/cdev.12054.
- Tercero, G. (2011). Psicoprofilaxis hospitalaria y quirúrgica. En: L.A. Oblitas, y x. Palacios. (Eds.) *Psicooncología. Intervención Psicológica en el Cáncer* (Cap. III). Bogotá: Psicom editores.
- Tsai, M.H., Hsu, J.F., Chou, W.J., Yang, C.P., Jaing, T.H., Hung, I.J., et al. (2013). Psychosocial and emotional adjustment for children with pediatric cancer and their primary caregivers and the impact on their health-related quality of life during the first 6 months. *Qual Life Res*, Apr, 22(3), 625-634.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Méd de Chile*, 138, 358–365.
- Urzúa, A., Cortés, E., Vega, S., Prieto, L. y Tapia, K. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario de autoreporte de la calidad de vida KIDS_CREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 27, 83-92.

- Verdugo, M.A., Sabeh, E.N. (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14(1), 86-91.
- Viera, A., Peña, C., Carleo, R. y Acosta, H. (2010). *Hemato-Oncología Pediátrica: actualización en el abordaje teórico-práctico de la atención de Enfermería del niño, niña y adolescente*. Facultad de Enfermería, Cátedra Salud. Uruguay. [Internet]; [acceso el 15 de diciembre del 2012]. Disponible en: <http://www.redensuruguay.org/files/hemoncped.pdf>
- Wu, E., Robison, L.L., Jenney, M.E., Rockwood, T.H., Feusner, J., Friedman, D., et al. (2007). Assessment of health-related quality of life of adolescent cancer patients using the Minneapolis–Manchester Quality of Life Adolescent Questionnaire. *Pediatric Blood and Cancer*, 48(7), 678–686.
- Yagci-Küpelı, B., Akyüz, C., Küpelı, S., Büyükpamukçu, M. (2012). Health-related quality of life in pediatric cancer survivors: A multifactorial assessment including parental factors. *J of Pediatric Hematology/Oncology*, 34(3), 194–199.
- Yaris, N., Yavuz, M.N., Yavuz, A.A., Okten, A. (2001). Assessment of quality of life in pediatric cancer patients at diagnosis and during therapy. *Turk J Canc*, 31, 139–149.

ANEXO 1.

Matriz de correlaciones para análisis de colinealidad entre variables independientes.

Variable	Edad	Sexo	Escolaridad	Región	Diagnóstico	Tipo de tratamiento	Motivo de ingreso	Tiempo de evolución
Edad	-	0,297	0,705	-0,170	0,025	0,043	0,093	0,311
Sexo	0,297	-	0,287	-0,300	-0,079	0,191	0,270	0,104
Escolaridad	0,705	0,287	-	-0,116	-0,031	0,056	0,163	0,276
Región	-0,170	-0,300	-0,116	-	-0,180	0,039	0,108	-0,117
Diagnóstico	0,025	-0,079	-0,031	-0,180	-	-0,116	-0,367	-0,012
Tipo de tratamiento	0,043	0,191	0,056	0,039	-0,116	-	0,675	-0,228
Motivo de ingreso	0,093	0,270	0,163	0,108	-0,367	0,675	-	-0,128
Tiempo de evolución	0,311	0,104	0,276	-0,117	-0,012	-0,228	-0,128	-