

HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



Esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, Hospital de Clínicas, 2021-2022



Monografía de postgrado: Dra. Florencia Nantes
Tutoras: Dra. Dahiana Amarillo, Dra. Natalia Camejo

Introducción:

La **esperanza** es un **elemento esencial** en la vida de una persona, es una **característica profunda e inherente del ser humano** y una elección vital para que las personas respondan, se adapten y acepten su situación de enfermedad.

A pesar de la actitud y la forma en la que cada paciente reacciona emocional e intelectualmente a la enfermedad, la mayoría de estos **optan por aferrarse a la vida y continuar viviendo**. Es aquí donde el término esperanza juega un papel importante para todo paciente oncológico paliativo. Desde la teoría existente, **la esperanza** puede verse como una variable que **contribuye positivamente en la calidad de vida**.

El **modo en que el paciente transita su enfermedad varía** según distintos factores que se intentaron identificar en el presente trabajo, en especial, **esperanza y calidad de vida** y su relación con el **apoyo social y familiar**, así como del **control sintomático**.

Esperanza:

“Fuerza de vida dinámica y multidimensional, que se caracteriza por un grado de expectativa por alcanzar un futuro adecuado por medio del planteamiento de metas realistas y significativas para la persona”

Dufault y Martocchio, 1985

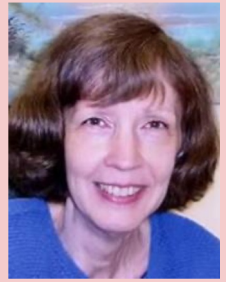
“Poder interno que facilita la trascendencia de la situación actual y permite una expectativa basada en la realidad de un mañana más brillante para uno mismo y/o para otros”

Kaye Herth, 1993

Tres dominios

- **Cognitivo-temporal**
 - Incluye la evaluación de que el resultado deseado es probable y por lo tanto realista.
- **Afectivo-conductual**
 - Hace referencia al sentimiento de confianza para iniciar la acción.
- **Afiliativo-contextual**
 - Incorpora aspectos relacionales y espirituales.

¿Cómo podemos “medir” la esperanza?



Kaye Herth

A lo largo de los años se han generado varios instrumentos de medición de esperanza, pero con diferentes dificultades dado que la misma es subjetiva, y no es fácil lograr medirla de forma exacta.

Kaye Herth fue la primera en introducir el estudio psicométrico de la esperanza en el ámbito de la medicina.

En 1991 creó la escala “**Herth Hope Scale**” (HHS), para evaluar la esperanza en adultos tanto en población clínica como en no clínica. La misma consta de 30 ítems donde incluye los tres dominios de su propuesta.

Para su estudio en pacientes oncológicos se destaca la escala de Herth en su versión más acotada denominada “**Herth Hope Index**” (HHI).

HHI:

El total de puntos posibles en la escala es de 40 puntos.

Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el nivel de esperanza.

Totalmente en desacuerdo = 1

En desacuerdo = 2

De acuerdo = 3

Muy de acuerdo = 4

	<u>Muy en desacuerdo</u>	<u>Desacuerdo</u>	<u>De acuerdo</u>	<u>Muy de acuerdo</u>
1. Tengo una actitud positiva hacia la vida.				
2. Tengo objetivos a corto y/o largo plazo.				
3. Puedo ver posibilidades en medio de las dificultades.				
4. Tengo una fe que me da consuelo.				
5. Puedo recordar tiempos felices/alegres.				
6. Tengo una profunda fuerza interior.				
7. Soy capaz de dar y recibir cariño/amor.				
8. Tengo sentido de la dirección.				
9. Creo que cada día tiene potencial.				
10. Siento que mi vida tiene valor.				

Esperanza en pacientes oncológicos:

La esperanza ha sido considerada una estrategia de afrontamiento importante entre los pacientes con cáncer en diferentes estadios.

Varios trabajos han demostrado que un alto nivel de esperanza estaba asociado con menor ansiedad y depresión a la hora del diagnóstico, un mayor apoyo social y mejor calidad de vida.

Se considera un recurso importante para los pacientes paliativos dado que funciona como una afirmación de la vida, más que como un mecanismo de negación a la muerte.

Calidad de vida:

La calidad de vida es un parámetro clave en el abordaje integral de la salud. No se debería concebir una intervención en salud que no incluya esta dimensión como objetivo, particularmente en pacientes oncológicos.

La inclusión en la práctica oncológica tiene un impacto positivo en la comunicación médico-paciente, permite conocer cómo la enfermedad oncológica y sus tratamientos afectan a nivel físico, funcional, psicológico y social, además permite mejorar las intervenciones terapéuticas.

En 1987 se desarrolló la escala **Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-G)**, mide la calidad de vida en el paciente oncológico independientemente del tipo de cáncer. El mismo es aplicado en Uruguay desde hace varios años, consta de 27 items.

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

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Necesito estar acostado(a).....	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Me siento satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que me da apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, por favor, conteste a la siguiente pregunta. Si usted prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

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

<u>ESTADO EMOCIONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1	Me siento triste.....	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo estoy enfrentando mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1	Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GF5	Duelmo bien.....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi vida (calidad de vida) actual.....	0	1	2	3	4

Esperanza y calidad de vida:

Existen algunos estudios que evaluaron el impacto de la esperanza en la calidad de vida.

Se ha visto como resultado que bajos niveles de esperanza tiene un impacto negativo con la depresión y al contrario, altos niveles de esperanza generaban un impacto positivo en el control sintomático de los pacientes así como mayor satisfacción con la vida.

De la evidencia se puede plantear que la esperanza es un recurso importante para los pacientes oncológicos que impacta en su calidad de vida y se plantea que puede ser un mecanismo de afrontamiento importante ya que reduce la angustia psicológica asociada con el cáncer y su tratamiento.

Treatment-associated symptoms and coping of postoperative patients with lung cancer in Japan: Development of a model of factors influencing hope

Takae Bando¹, Chiemi Onishi¹, Yoshie Imai¹

Hope, optimism and survival in a randomised trial of chemotherapy for metastatic colorectal cancer

Penelope E Schofield^{1, 2, 3}, M R Stockler⁴, D Zannino⁵, N C Tebbutt⁵, T J Price⁶, R J Simes⁴, N Wong⁴, N Pavlakis⁷, D Ransom⁸, E Moylan⁹, C Underhill¹⁰, D Wylde^{11, 12}, I Burns¹³, R Ward¹⁴, N Wilcken¹⁵, M Jefford^{16, 17}

The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients

Tone Rustøen¹, Bruce A Cooper, Christine Miskowski

Fundamento de la propuesta:

Nuestra hipótesis de trabajo es que la esperanza, podría mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos recibiendo tratamiento con criterio paliativo. Conocer esta relación y los factores que eventualmente inciden en la misma, podría ayudar a establecer programas o intervenciones que permitieran contribuir a mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

Objetivos del trabajo:

General:

- Conocer la relación entre esperanza y calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Específicos:

- Relacionar aspectos sociodemográficos con la percepción de esperanza y calidad de vida en los pacientes.
- Determinar la relación entre el control sintomático al momento de la consulta (en especial el dolor), la esperanza y la calidad de vida.
- Asociar aspectos de la calidad de asistencia con la esperanza y la calidad de vida

Metodología:

Estudio observacional, analítico-descriptivo, transversal.

Este trabajo se inició en conjunto con estudiantes de 6° año de la facultad de medicina UdelaR, en conjunto con la Lic. Ana García del departamento de psicología médica del Hospital de Clínicas.

Para medir la esperanza se utilizó el HHI, para evaluar calidad de vida se utilizó el cuestionario FACT-G. Además se aplicó una planilla en la que se recabaron datos de interés sobre el paciente.

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva para el resto de las variables del estudio. Se compararon las medias de los distintos grupos con test de ANOVA. Siempre se consideraron valores $p < 0,05$ con test de una cola para determinar diferencias estadísticamente significativas.

Metodología:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico reciente de cáncer en fase paliativa, independientemente de su topografía, no pasible de tratamiento curativo.
- Mayores de 18 años
- Periodo de julio de 2021 a 2022 que previamente hayan leído, consentido y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes sin enfermedad oncológica diseminada o candidatos a un tratamiento curativo
- Menores de 18 años.
- Quienes hayan transcurrido más de dos meses desde el inicio del tratamiento oncoespecífico.

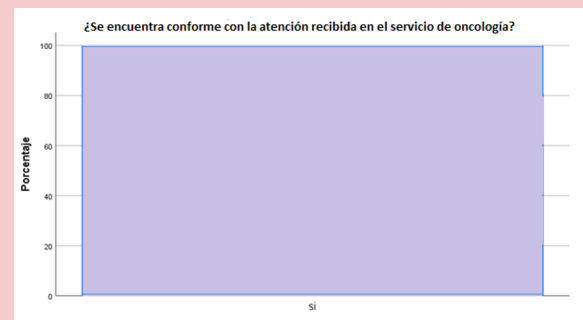
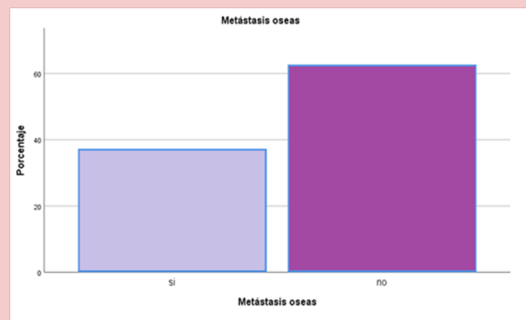
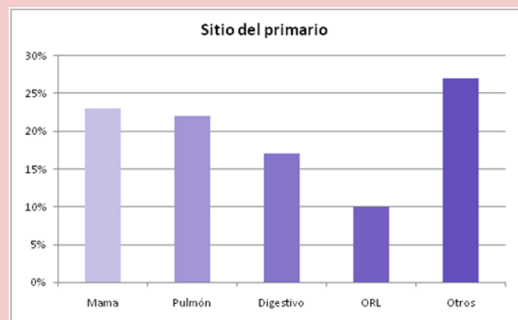
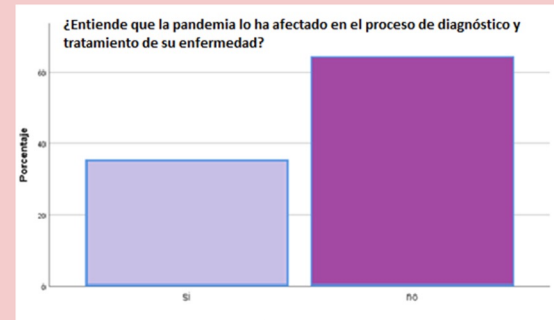
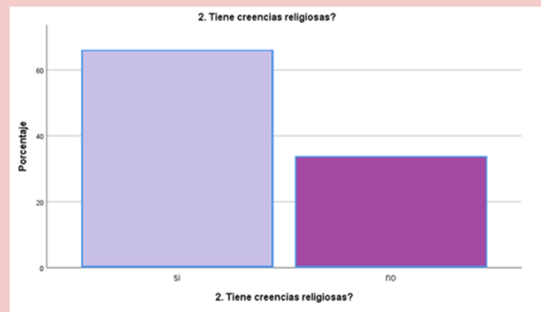
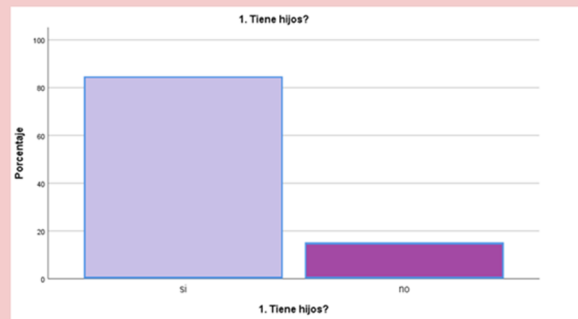
Resultados:

Se reclutaron un total de 59 pacientes, de los cuales 29 (49.15%) eran de sexo femenino y 30 (50.84%) de sexo masculino.

El 54.2% eran de Mdeo.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	FR
Sexo	Masculino	30	50.84%	0.50
	Femenino	29	49.15%	0.49
Edad	>30	3	5.08%	0.05
	31-50	13	22.03%	0.22
	51-70	35	59.32%	0.59
	>70	8	13.55%	0.13
Procedencia	Montevideo	32	54.23%	0.54
	Interior	27	45.76%	0.45
Estado Civil	Casado/Unión libre	23	38.98%	0.38
	Soltero	17	28.81%	0.28
	Separado/Divorciado	11	18.64%	0.18
	Viudo	7	11.86%	0.11
Nivel educativo	Primaria incompleta	8	13.55%	0.13
	Primaria completa	22	37.28%	0.37
	Secundaria incompleta	19	32.20%	0.32
	Secundaria completa	6	10.16%	0.10
	Terciaria incompleta	3	5.08%	0.05
	Egresado	1	1.69%	0.01
Con quién vive	Solo/a	11	18.64%	0.18
	Con familia	40	67.79%	0.67
	Refugio	1	1.69%	0.01
Sitio del primario	Mama	14	23.72%	0.23
	Pulmón	13	22.03%	0.22
	Digestivo	10	16.94%	0.16
	Otorrinolaringológico	6	10.16%	0.10
	Otros	16	27.11%	0.27
Metástasis óseas	SI	22	37.28%	0.37
	NO	37	62.71%	0.62
Hijos	SI	50	84.74%	0.84
	NO	9	15.25%	0.15
Creencias religiosas	SI	39	66.10%	0.66
	NO	20	33.89%	0.33

Resultados:



Resultados:

El **índice de Herth** mostró un puntaje alto en nuestra población de pacientes presentando una media de **35.3** (DE 5.12).

La media del **FACT-G** total fue de **51.5** (DE 9.73).

	Ítems	Rango	Media	Desvío estándar
HHI	10	10 - 40	35.3	5.12
FACT-G Total	27	0 - 108	51.5	9.73
FACT-G Físico	7	0 - 28	7.95	5.55
FACT-G Familiar	7	0 - 28	17.78	6.34
FACT-G Emocional	6	0 - 24	8.36	4.47
FACT-G Personal	7	0 - 28	17.44	5.75

Tabla 2 - Scores del FACT-G y HHI. Abreviaturas: Herth Hope Index, HHI. Functional Assessment of Cancer Therapy-General, FACT-G.

Resultados:

Se comprobó una correlación positiva entre HHI y FACT-G total $p=0.05$

Se observaron correlaciones significativas para el FACT-G físico ($p=0.019$), FACT-G familiar ($p=0.010$), FACT-G emocional ($p=0.016$) y FACT-G personal ($p=0.032$).

FACT-G Total		HHI
	p	0.05
FACT-G Físico		
	r	0.305
	p	0.019
FACT-G Familiar		
	r	0.332
	p	0.010
FACT-G Emocional		
	r	0.519
	p	0.016
FACT-G Personal		
	r	0.279
	p	0.032

Tabla 3. Correlación entre HHI y FACT-G.

Resultados:

Con respecto al análisis univariado, identificó tres variables con asociación estadísticamente significativas con el HHI, siendo las mismas:

- “¿Presenta alguna creencia religiosa o espiritual?” (**p=0.029**)
- “¿Se siente conforme con la atención recibida en el Servicio de Oncología Clínica?” (**p=0.044**)
- “¿Se siente apoyado/contenido por su familia/amigos/círculo cercano?” (**p=0.003**)

HHI					FACT-G			
	Media	Desvio	N	p	Media	Desvio	N	p
<u>Procedencia</u>								
Montevideo	35.44	5.506	32		53.67	9.068	32	
Interior	35.19	4.732	27		49.72	10.04	27	
Total	35.32	5.124	59	0.852	51.53	9.735	59	0.122
<u>Estado civil</u>								
Casado/concubinato	36.04	5.564	23		55.04	8.116	23	
Soltero	34.12	4.512	17		48.94	13.55	17	
Separado/Divorciado	34.36	6.185	11		50.18	6.969	11	
Viudo	37.14	3.185	7		47.43	2.760	7	
Total	35.29	5.164	58	0.464	51.41	9.782	59	0.131
<u>Nivel educativo</u>								
Primaria incompleta	34.13	5.939	8		42.88	9.862	8	
Primaria completa	35.27	5.016	22		53.09	9.641	22	
Secundaria incompleta	35.37	5.795	19		50.74	8.856	19	
Secundaria completa	34.17	3.189	6		54.83	7.387	6	
Terciaria incompleta	39.33	1.155	3		57.67	10.11	3	
Egresado	40.00		1		63.00		1	
Total	35.32	5.124	59	0.653	51.53	9.735	59	0.059

<u>Metástasis óseas</u>								
SI	35.09	5.764	22		54.86	9.073	22	
NO	35.46	4.782	37		49.54	9.686	37	
Total	35.32	5.124	59	0.792	51.53	9.735	59	0.041
<u>Hijos</u>								
SI	35.56	5.342	50		51.46	10.025	50	
NO	34.00	3.640	9		51.89	8.448	9	
Total	35.32	5.124	59	0.405	51.53	9.735	59	0.904
<u>Edad de los hijos</u>								
0-10 años	35.86	3.625	7		54.14	11.393	7	
11-20 años	36.11	5.011	9		48.56	12.501	9	
21-30 años	34.94	4.930	17		53.65	10.994	17	
31-40 años	36.30	6.111	10		50.10	6.790	10	
más de 40 años	33.60	9.182	5		47.40	3.507	5	
Total	35.44	5.410	48	0.895	51.38	10.037	48	0.565
<u>Creencias religiosas o espirituales</u>								
SI	36.36	4.516	39		51.77	8.785	39	
NO	33.30	5.732	20		51.05	11.601	20	
Total	35.32	5.124	59	0.029	51.53	9.735	59	0.791
<u>Tipos de creencias</u>								
Evangelista	37.43	2.573	7		47.57	9.431	7	
Católico	36.20	4.137	20		52.75	5.330	20	

Momón	40.00		1		52.00		1	
Otro	35.64	6.185	11		52.64	13.071	11	
Total	36.36	4.516	39	0.429	51.77	8.785	39	0.599
¿En su vida diaria, tiene/tenía alguna actividad recreativa?								
SI	35.74	4.619	38		52.13	8.678	38	
NO	34.21	6.152	19		50.63	12.134	19	
Total	35.23	5.176	57	0.298	51.63	9.879	57	0.593
Dolor								
SI	33.73	5.539	22		52.64	12.218	22	
NO	36.17	4.706	36		50.86	8.139	36	
Total	35.24	5.131	58	0.079	51.53	9.820	58	0.509
Disnea								
SI	36.00		1		57.00		1	
NO	35.23	5.176	57		51.44	9.880	57	
Total	35.24	5.131	58	0.883	51.53	9.820	58	0.579
Astenia								
SI	35.53	4.361	17		51.41	12.590	17	
NO	35.12	5.464	41		51.59	8.602	41	
Total	35.24	5.131	58	0.786	51.53	9.820	58	0.952
¿Considera que el abordaje clínico ha retrasado el proceso de diagnóstico de su enfermedad?								
SI	35.06	3.660	16		55.63	11.189	16	
NO	35.36	5.660	42		49.67	8.624	42	
Total	35.28	5.156	58	0.848	51.31	9.678	58	0.035
¿Entiende que la pandemia lo ha afectado en el proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?								
SI	36.05	4.455	21		51.19	8.195	21	

NO	34.92	5.474	38		51.71	10.590	38	
Total	35.32	5.124	59	0.424	51.53	9.735	59	0.846
¿Se siente conforme con los horarios dispuestos por el hospital para la atención?								
SI	35.33	5.128	57		51.63	9.879	57	
NO	35.00	7.071	2		48.50	3.536	2	
Total	35.32	5.124	59	0.929	51.53	9.735	59	0.659
¿Se siente conforme con la atención médica que ha recibido hasta el momento, previo a su ingreso a Oncología?								
SI	35.29	5.259	55		50.96	9.088	55	
NO	35.75	3.096	4		59.25	16.132	4	
Total	35.32	5.124	59	0.864	51.53	9.735	59	0.101
¿Cuenta con algún familiar o amigo que lo pueda acompañar a las consultas?								
SI	35.80	4.858	51		52.76	9.618	51	
NO	32.25	6.042	8		43.63	6.479	8	
Total	35.32	5.124	59	0.068	51.53	9.735	59	0.012
¿Se siente contenido/apoyado por su familia/amigos/círculo cercano?								
SI	35.77	4.565	56		51.88	9.778	56	
NO	27.00	8.888	3		45.00	7.211	3	
Total	35.32	5.124	59	0.003	51.53	9.735	59	0.237
¿Le preocupa la situación económica de su hogar?								
SI	35.19	4.893	47		52.15	10.417	47	
NO	35.83	6.162	12		49.08	6.142	12	
Total	35.32	5.124	59	0.702	51.53	9.735	59	0.335

Discusión:

- Se trata del primer trabajo en nuestro país y en la región que busca encontrar una relación entre esperanza y calidad de vida.
- El tamaño total de la muestra fue de 59 pacientes. Aunque es una muestra pequeña, resultó representativa de la población uruguaya.
- Como resultado se encontró una correlación entre esperanza y calidad de vida casi estadísticamente significativa ($p=0.05$), la misma marcó una diferencia importante y positiva, por lo que podríamos interpretar que, a mayor esperanza, mayor calidad de vida. Creemos que no se llegó a la significancia estadística dado el tamaño pequeño de la muestra.
- Los datos sociodemográficos en su mayoría no presentaron un impacto estadísticamente significativo en la esperanza y la calidad de vida, por lo que podríamos decir que pocos de ellos se relacionan, al menos en los resultados obtenidos.

Discusión:

- Con respecto a los factores que impactan en la esperanza medida por el HHI, es importante destacar que la conformidad con la calidad de atención en el servicio de oncología, la presencia de creencias religiosas o espirituales y la contención familiar fueron los únicos aspectos que presentaron una diferencia estadísticamente significativa, teniendo aquellos pacientes que estaban conformes y contaban con apoyo, mayores niveles de esperanza y también mayores niveles de calidad de vida.

Conclusiones:

- En base a los hallazgos se puede concluir que la esperanza y la calidad de vida se correlacionan de forma positiva y casi estadísticamente significativa ($p=0.05$)
- Presentar alguna creencia religiosa o espiritual y la contención familiar o de su círculo cercano contribuyen significativamente en el nivel de esperanza de los pacientes.
- Consideramos pertinente destacar la importancia de la calidad asistencial del servicio de oncología para este grupo de pacientes, dado que la misma fue un factor determinante de la esperanza y es la única variable dependiente del equipo de salud que mostró un impacto estadísticamente significativo.
- Será importante tener en cuenta intervenciones que puedan ser efectivas para aumentar el nivel de esperanza de nuestros pacientes y de esta forma generar un impacto positivo en su calidad de vida.

Relationship between Hope and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer in Uruguay: An Observational Analysis

Hope and Quality of Life in Advanced Cancer: A Uruguayan Study

Camejo Natalia, MD ^a, Amarillo Dahiana, MD ^a, Nantes Florencia, MD ^a,
Cecilia Castillo, MD ^a & Krygier Gabriel, MD ^a

Abstract: *Introduction:* International research suggests a beneficial effect of hope on quality of life in advanced-stage cancer patients. Specific evidence for Latin America and Uruguay is limited, highlighting the need to explore this relationship for regional clinical strategies.

Objective: To evaluate the correlation between hope and quality of life in Uruguayan patients with advanced cancer.

Materials and Methods: This observational, analytical-descriptive, and cross-sectional study used the Herth Hope Index (H-HI) and the Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) Quality of Life questionnaire. It included 59 patients aged 18 or older, diagnosed with advanced, non-curative cancer.

Results: There was a positive but non-significant correlation between H-HI and FACT-G scores (Pearson coefficient of 0.05). Hope significantly correlated with support from oncology services ($p=0.044$), family support ($p=0.003$), and spiritual beliefs ($p=0.029$). Factors like bone metastases, diagnostic delay, and being accompanied at consultations significantly impacted quality of life ($p=0.041$, $p=0.035$, $p=0.012$).

Conclusions: The study observed a positive association between hope and quality of life, but the lack of statistical significance indicates the need for more research. Clinically, results highlight the importance of comprehensive care addressing spiritual and emotional needs, in addition to medical treatment. It also underscores the potential impact of supportive services on patient well-being. Future research should include larger sample sizes and consider longitudinal designs to better understand hope's effects over time in advanced cancer patients.

Keywords: cancer; palliative care; hope; quality of life; FACT-G; herth index.

Author a p G X: Department of Clinical Oncology, School of Medicine, University of Uruguay, Montevideo, Uruguay.

<https://orcid.org/0000-0002-0450-3583>

<https://orcid.org/0000-0002-8615-8639>

<https://orcid.org/0000-0002-0417-0512>

<https://orcid.org/0000-0002-0518-1854>

Corresponding Author a: Natalia Camejo, MD, Department of Clinical Oncology, School of Medicine, University of Uruguay, Montevideo, Uruguay, e-mail: ncam3@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0002-8664-0291>

I. INTRODUCTION

Cancer emerges as a predominant issue in global public health due to its high incidence and mortality. It is estimated that annually 14.1 million new cases are diagnosed worldwide, with 32.6 million individuals living with the disease and, unfortunately, 8.2 million lose their battle against it ⁽¹⁾. In Uruguay, the situation is not different: around 13,000 new diagnoses are recorded each year, excluding non-melanoma skin cancer. Of this number, more than 8,000 patients are in a phase where there are no curative treatment options available ⁽²⁾.

The experience of facing cancer is steeped in psychological and emotional nuances. An essential element in this journey is hope, an intrinsic human resource that facilitates adaptation to adversity ^(3,4). Moreover, quality of life reflects the individual's perception in the face of the challenge imposed by the disease. Despite the diversity in emotional responses to cancer, numerous patients cling to life, with hope as a fundamental pillar. Indeed, since the late 1980s, cancer has been in the focus of research exploring the power of hope in quality of life, noting its capacity to improve survival and the overall patient experience during the course of the disease ^(5,7).

Despite advancements, more research is needed to clarify and consolidate the relationship between hope and quality of life and to understand the factors that influence both dimensions. The importance of these studies is even more evident considering that, despite global research, there is a gap in Latin America and specifically in Uruguay.

Against this backdrop, our study aims to analyze the interaction between hope, quality of life, social and family support, and symptom control. The central hypothesis is that hope can significantly improve the quality of life of cancer patients in palliative care. Exploring this relationship and its associated factors could provide a basis for effective interventions that improve the lives of these patients.

Agradecimientos:

- A los pacientes y sus familias/acompañantes por la disposición para participar en el estudio.
- Dra. Dahiana Amarillo.
- Lic. Ana García.
- Dra. Natalia Camejo.
- Dra. Thays Costa.
- Estudiantes de 6º año de medicina.

