



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**



**“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y
APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO
2013”**

NUMERO DE REGISTRO: R-2013-3703-7

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. JACQUELINE GUTIERREZ FLORES
RESIDENTE DE TERCER AÑO MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES:

**DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON
MEDICA CIRUJANO CON MAESTRIA EN CIENCIAS, MAESTRIA EN SALUD
PÚBLICA**

**DR. ARTURO DIAZ HERNANDEZ
MEDICO FAMILIAR CON MAESTRIA EN CIENCIAS**

MEXICO D.F 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE



1. AUTORIZACIÓN.....	4
2. TITULO.....	7
3. RESUMEN.....	8
4. MARCO TEORICO.....	10
5. JUSTIFICACIÓN.....	60
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	61
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	64
8. OBJETIVOS.....	64
OBJETIVO GENERAL.....	64
OBJETIVO ESPECIFICO.....	64
9. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	65
10.MATERIAL Y METODOS.....	68
TIPO DE ESTUDIO.....	69
GRUPO DE ESTUDIO.....	69
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	69
CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	70
TIPO DE MUESTRA.....	70
INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	70
PROCESAMIENTOS DE DATOS Y ASPECTOS ESTADISTICOS.....	70
RECURSOS.....	70
PLANIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS	
11.RESULTADOS.....	72
12.ANALISIS DE RESULTADOS	72
13.DISCUSIÓN.....	106
14.CONCLUSIONES.....	106

15. ASPECTOS ETICOS.....	110
16. ANEXOS.....	112
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	114
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	115
17. BIBLIOGRAFIA.....	123

AUTORIZACIÓN DE TESIS



DRA MARIBEL MUÑOZ

Director Médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

DR JUAN FIGUEROA GARCIA

Profesor Titular de La Especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

ASESOR: DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Coordinadora del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS “Francisco del Paso y Troncoso”

ASESOR: DR. ARTURO DIAZ HERNANDEZ

Especialista en Medicina Familiar, Maestría en Ciencias

DEDICATORIAS



A Dios:

Por ser mi padre y confidente y por regalarme cada maravilloso día y así poder cumplir cada una de mis metas al *estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

En recuerdo a mi abuelo Fidel (finado) por ser el ejemplo para salir adelante ya que fuiste una persona honesta, entregada a tu trabajo y familia, y un gran líder, pero más que todo esto fuiste un triunfador. Es por ello que hoy te dedico este trabajo de tesis y se que estas conmigo en todo momento.

A mi Abuela Josefina, que con la sabiduría de Dios me has enseñado a ser quien soy hoy. Gracias por tu paciencia, por enseñarme el camino de la vida, gracias por tus consejos, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional en mi vida. Gracias por llevarme en tus oraciones porque estoy segura que siempre lo haces.

A mis padres Jorge y Martha:

Porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mi, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. LOS AMO!!!!. Gracias por ser mis amigos.

A mis hermanos (Alejandra y Diego)

Que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, gracias por preocuparse por mi, gracias por compartir sus vidas, pero sobre todo, gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida. A mi cuñado **Arturo Gonzalez** y a mi sobrino **Jorge Arturo** quienes al llegar a mi vida la iluminaron y que compartieron estos momentos conmigo impulsándome y apoyándome en todo momento.

A mis tíos (Javier y Rosa), tío Fidel (qpd), Primos (Javier, Josefina y Cristina), abuelos (Luis, Romana)

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A mis profesores:

Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, ya que han sido la motivación para salir adelante y culminar nuestros estudios profesionales.

A mis amigos:

Gracias por pasar a mi lado los momentos de mi vida universitaria, y estar siempre en las buenas y en las malas; apoyándonos mutuamente en nuestra formación profesional y hasta ahora, jamás los olvidare.

Atte:

Jacqueline Gutiérrez Flores
Médico Especialista en Medicina Familiar

TITULO



“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO 2013”

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Medica Cirujana con Maestría en Ciencias, Maestría en Salud Pública
Coordinadora de Educación e Investigación de la UMF No 21 Francisco del Paso y Troncoso

Tel: 55525643. Conmutador 57686600 extensión 112.

Correo electrónico: dra.leonor.campos.aragon@gmail.com

Dirección: Francisco del Paso y Troncoso No 281 Col. Jardín Balbuena CP 15900
Del. Venustiano Carranza

DR. ARTURO DIAZ HERNANDEZ

Especialista en Medicina Familiar, Maestría en Ciencias

Matricula: 99383994

Tel. 55170088 Ext. 21407

Correo electrónico: tato_diaz@hotmail.com

Dirección: León Cavallo 302, esquina Caruso Col. Vallejo C.P.07870, Delegación
Gustavo A. Madero, Distrito Federal

DRA. GUTIÉRREZ FLORES JACQUELINE

Residente Medicina Familiar de segundo año de UMF No 21

Tel: 5516492751

Correo electrónico: jaquegtz@hotmail.com

Dirección: 4ta Cerrada del Trabajo No 17-9 Col. La Fama CP 14269 Tlalpan
México D.F.

RESUMEN

“Asociación entre calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata UMF 21 año 2013”

Dra. Leonor Campos Aragon, Dr. Arturo Díaz Hernández**, Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores***.*

El cáncer de próstata un importante problema de manejo en nuestra sociedad por la importante merma en la calidad de vida que supone por la misma aceptación de la enfermedad y presencia de efectos secundarios del tratamiento como dolor óseo, alteraciones sexuales y la interrupción frecuente de sus actividades sociales condicionando un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo general, evaluar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con Cáncer de próstata, mediante un estudio transversal analítico, retrospectivo, en 86 pacientes de la UMF 21 de marzo a diciembre del 2013. Se aplicarán 2 cuestionarios CAVEPRIS para evaluar la calidad de vida y MOS para evaluar el apoyo social.

Resultados: Las dimensiones más influyentes **Efectos secundarios** del tratamiento (**p=0.02**), condiciona una asociación negativa en la calidad de vida.

Apoyo emocional: existe influencia sobre la calidad de vida de la población en estudio (**p=0.05**)

Interacción social: existe influencia en la calidad de vida en la población (**p=0.01**). Se sugieren acciones específicas para mejorar la calidad de vida de esta población de manera multidisciplinaria y considerando a la familia como parte fundamental afrontar de manera positiva la evolución de dicha patología.

Palabras clave: Cáncer de Próstata, Calidad de vida Apoyo Social, MOS, CAVIPRES

** Asesor, Medica Cirujano con Maestría en Ciencias y Salud Pública. Coordinadora de Educación e Investigación en la Salud en la UMF No 21 **Asesor, Especialista en Medicina Familiar con Maestría en Ciencias ***Residente de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS*

ABSTRACT

“Association between quality of life related to health and social support in patients with prostate cancer UMF 21 2013”

*Dra. Leonor Campos Aragon**, *Dr. Arturo Díaz Hernández***, *Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores****.

Prostate cancer management a major problem in our society by the significant decline in the quality of life for everyone by the same acceptance of the disease and the presence of side effects of treatment such as bone pain, sexual dysfunction and frequent interruption of their activities social conditioning a negative effect on the quality of life of patients.

Overall objective , to evaluate the relationship between quality of life and social support in patients with prostate cancer , through an analytical , cross-sectional retrospective study, 86 patients UMF 21 March to December 2013. 2 questionnaires CAVEPRIS apply for assess the quality of life and to evaluate the MOS social support

Results: The most influential dimensions Side effects of treatment ($p = 0.02$) , a negative association determines the quality of life

Support: There is influence on the quality of life of the study population ($p = 0.05$)

Social interaction : there influence on the quality of life in the population ($p = 0.01$).

Specific actions are suggested to improve the quality of life of this population in a multidisciplinary manner and considering the family as a fundamental part positively address the evolution of this disease .

Keywords: Prostate Cancer, Quality of Life Social Support, MOS, CAVIPRES

** Adviser, Medical Surgeon with Master of Science and Public Health. Coordinator of Education and Research in the UMF Health Advisory No 21 ** Specialist in Family Medicine with a Masters in Science *** Resident Family Medicine UMF.21 IMSS*

“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO 2013”

MARCO TEORICO



CANCER DE PROSTATA

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte en varones en Estados Unidos.³

En el mundo, las tasas de incidencia y mortalidad varían de país en país. En 2002 hubo 679.000 nuevos casos de cáncer de próstata en el mundo, y es el quinto cáncer más frecuente en el mundo y el segundo más frecuente en varones (el 11,7% de nuevos casos de cáncer; el 19% en países desarrollados y el 5,3% en países en desarrollo). En Estados Unidos, la incidencia de cáncer de próstata en 1988 fue de 100.000, que aumentó a 132.000 en 1992. En 1995 en dicho país se diagnosticaron 244.000 casos y hubo más de 40.000 muertes. En 2003, se diagnosticaron 220.900 nuevos casos y fallecieron 28.9003. Para 2008 se estimó diagnosticar 186.320 nuevos casos y aproximadamente 28.660 muertes por esta enfermedad, datos aún en estudio.⁹

Por otro lado, el cáncer de próstata es más frecuente en la raza negra que en la blanca. En el año 2003, la incidencia por 100.000 habitantes en las razas negra y blanca fue 275,3 y 172,9, respectivamente, y la mortalidad, 75,1 y 32,93. En 2008 esta incidencia fue 255,5 y 161,4/100.000, respectivamente.⁹

En las estadísticas publicadas en 2003, el 80-85% de los cánceres de próstata diagnosticados en Estados Unidos eran localizados (estadios I y II) y el 15-20%,

localmente avanzados o metastásicos (estadios III y IV). Basados en los casos diagnosticados entre 1996 y 2003 en Estados Unidos, se calcula que el 91% de los casos nuevos de cáncer de próstata fueron diagnosticados en estadios locales o regionales, en los cuales la sobrevivida relativa a 5 años se aproximó al 100%. ⁹

Es importante mencionar que en Latinoamérica existen más de 20 países que, en conjunto, suman aproximadamente 516 millones de habitantes, mientras que la población de Estados Unidos es de 296 millones⁵. Además, la población en Latinoamérica es heterogénea en relación con raza, expectativa de vida, dieta, niveles socioeconómicos y culturales, causas de mortalidad y otros factores que podrían influir en la incidencia del cáncer de próstata. También es diferente la calidad de atención de la salud, las fuentes para obtener información adecuada, la proporción de gente joven y la distribución entre la población urbana y rural, factores todos ellos que también podrían influir en las estadísticas.^{9, 22}

Como hemos mencionado, la raza es heterogénea. En países como Argentina, Uruguay y Chile hay una gran proporción de raza blanca debido a sus migrantes europeos. Sin embargo, en México, Ecuador, Bolivia, Colombia y Venezuela, entre otros, predomina la raza mestiza y, en algunas regiones, la indígena. En Perú, Colombia y Brasil, además, hay áreas geográficas en las que predomina la raza negra⁶. Otro dato importante que evaluar es la pirámide poblacional de la región. La distribución por edad afecta a las causas de mortalidad; un país con bajo porcentaje de población masculina mayor de 50 años tendrá una baja incidencia de cáncer de próstata. La población menor de 20 años y la mayor de 50 años en Estados Unidos, Perú y Latinoamérica es del 30 y el 24%, del 40 y el 8% y del 41 y el 9%, respectivamente. Como vemos, en Latinoamérica existe más población

joven (menor de 20 años) que adultos mayores de 50 años. Lo anterior podría explicar por qué las incidencias de cáncer son menores en Latinoamérica, dado que la población mayor de 50 años es, en promedio, el 9% (intervalo, 5-15)⁵, mientras que en Estados Unidos es del 24%. Otro punto a destacar es la expectativa de vida. En Estados Unidos es 77,5 años; en Perú, 69,8 años, y en Latinoamérica, 72 años (intervalo, 64-78,5. En general, en los países en desarrollo la expectativa de vida va en aumento.^{9,16,22}

La proporción de la población por debajo de la línea internacional de pobreza en Estados Unidos es mínima (12,6%). En el Perú el 52% de la población se encuentra en pobreza total, de los que el 20,7%, en pobreza extrema. En los países de Latinoamérica, el promedio de la población en situación de pobreza es el 44,9% (intervalo 21,2%-62%), de los que el 20,3% se encuentra en pobreza extrema (intervalo 5,7%-50%). Por otro lado, en cuanto a atención de salud, en Estados Unidos hay 27,9 médicos/10.000 habitantes, en Perú hay 11,5 y el promedio en Latinoamérica es de 14,5 (intervalo, 1,29-41,3)⁵. Estos dos factores, mayor pobreza y menor cantidad de médicos por cada 10.000 habitantes en Latinoamérica, indican falta de recursos económicos y humanos para que la población acuda a una consulta y menor atención de la salud de la población por parte de los gobiernos.^{9,16}

Finalmente, las causas de mortalidad varían de país en país. Las principales causas en Latinoamérica, en líneas generales, son las enfermedades circulatorias, las enfermedades transmisibles y las neoplasias. En algunos países están consideradas las causas externas (accidentes de tránsito, asesinatos y homicidios) como causa importante de mortalidad.^{9,23}

En Estados Unidos la tasa estimada de mortalidad por 100.000 habitantes es 300 para enfermedades circulatorias, 200 para neoplasias y 55 para causas externas. En Perú estas tasas son diferentes, en primer lugar están las enfermedades transmisibles con una tasa estimada de 125,6, seguida de enfermedades infecciosas (89,5) y causas externas (66,1)⁵. En los países de Latinoamérica, estas tasas también varían⁹

La incidencia de cáncer de próstata en Latinoamérica varía de país en país 6,7. Sin embargo, no es posible determinar la real incidencia, puesto que no todos los países cuentan con un registro de cáncer. Sin embargo, se observa que ésta va en aumento, según los informes de 1997, 2002 y 2007⁹

En Perú, según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, en el trienio 1990-1993 los cánceres más frecuentes en varones fueron de estómago, en primer lugar, seguido de próstata y pulmón, con una incidencia por 100.000 habitantes de 13,85, 12,76 y 9,82, respectivamente⁸. Para 1994-1997, el cáncer más frecuente en Perú fue el de próstata, seguido de estómago y pulmón, con una incidencia por 100.000 habitantes de 18,08, 16,55 y 11,24, respectivamente 9-12.^{11, 12}

Al realizar una revisión de los cánceres de próstata diagnosticados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en Lima, Perú, entre 1981 y 1985, el 5% fueron estadio I, el 5% estadio II, el 13% estadio III (localmente avanzados) y el 76% avanzados (metastásicos). A través de los años, los cánceres avanzados han ido disminuyendo y hemos ido incrementando, discretamente, los localizados. Entre 2001 y 2005, el 22% fueron estadio I-II, el 34% estadio III (localmente avanzados) y el 44% avanzados (metastásicos). A pesar de que son datos de una sola institución, es probable que esta situación no cambie en el ámbito nacional y

mundial, en que en la mayoría de los casos el cáncer de próstata se diagnostica en estadios avanzados. Cabe mencionar que la tasa de detección en el INEN es alta debido a que es un hospital de referencia; a la institución acuden pacientes con alta sospecha de cáncer de próstata.^{9, 12}

En Latinoamérica hay estudios publicados sobre el cribado del cáncer de próstata. Antonopoulos et al¹³, en São Paulo, Brasil, realizaron el cribado a 2.815 varones, de los que se realizó biopsia en 461 casos, de entre 50 y 70 años de edad, con resultado positivo en 78 (2,8%). En ese estudio se observó que en el 94% de los casos los tumores eran mediana y pobremente diferenciados, y la prevalencia en la raza negra fue 1,65 veces mayor que en la caucásica. Glina et al¹⁴, también en Brasil, realizaron un cribado de cáncer de próstata en 1.432 pacientes asintomáticos, de entre 37 y 86 años de edad.^{9, 16}

Se realizaron 196 biopsias, con positividad para cáncer en 19 (1,3%). Trucco et al¹⁵, en Chile, de 1.026 pacientes sometidos a cribado de cáncer de próstata, lo detectaron en el 1,07%.^{9, 16}

Finalmente, Huidobro et al¹⁶, también en Chile, realizaron el cribado a 2.197 varones y detectaron cáncer de próstata en 139 (6,4%). Baechler et al¹⁷ evaluaron la prevalencia del cáncer de próstata en la comuna de Talca, Chile. En una muestra de 327 varones, 14 tenían TR o PSA alterados, y 3 de ellos tenían biopsia positiva para cáncer; se encontró una prevalencia de cáncer de próstata de 9,2/1.000 varones (intervalo de confianza, 4,3-14,1).^{9, 16}

En México, Lara et al¹⁸ informaron que, en el año 1988, de 10.980 cirugías realizadas por enfermedad prostática en el Instituto Mexicano de Seguridad Social en todo el país, 8.789 fueron por proceso benigno y 2.191 (24,8%) por cáncer de

próstata; resalta en este estudio que era en la zona norte de la Ciudad de México, la de mayor incidencia, con 521 (23,7%) pacientes; para el resto del país fue del 65,7%. En otro estudio, durante el trienio 1993-1995, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas ubicó el cáncer de próstata en el cuarto lugar respecto a la localización, con 9.088 casos y una media anual de 3.029, el 4,9% del total de neoplasias registradas.⁹

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma. Las ciudades con mayor número de casos son: Distrito Federal, Jalisco y Veracruz. De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias en México, en la notificación por institución, el sector público comunicó más del 70% de los casos y el sector privado, el 22,6%^{11, 12, 22}

En un estudio realizado recientemente en México de muestra que el cáncer de próstata se incrementó desde 1996 a 2005; de 295 a 4 877 casos respectivamente. Entre 2003 y 2005, el cáncer de próstata representó el 4.0% de todos los tumores malignos diagnosticados en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en segundo lugar, la Secretaría de Salud. Además, la tendencia de mortalidad hospitalaria,¹²

El número de días de estancia intrahospitalaria por cáncer de próstata fue mayor en las defunciones que en los egresos.

Sin embargo, la tasa de mortalidad del cáncer de próstata en mayores de 25 años de edad fue de 11.9 en 2003, 10.7 en 2004 y 12.0 en 2005. El *RHNM* informó de 57 669 diagnósticos histopatológicos del cáncer de próstata entre 1993-2004, aproximadamente 5 243 diagnósticos por año.^{9,22}

La mortalidad general por cáncer de próstata entre 1998 y 2003, ascendió de 11.4 a 18.6 por cada 100 000 hombres mayores de 25 años. Las estimaciones de los diagnósticos histopatológicos sugieren que el cáncer de próstata se incrementó de forma lenta y gradual. Se estima que para el año, 2012 serían 10 462 diagnósticos histopatológicos^{3,9}

En los últimos 5 años el número de defunciones por la enfermedad fue de 17 099, de las cuales el 87.3% correspondió al grupo de 65 y más años, el 12.66% al grupo de 15 a 64 años y el restante, 0.4% a menores de 15 años.

En México se realizó en el año 2000, la Encuesta Nacional de Salud 2000, que reportó una prevalencia de enfermedad prostática (basada en diagnóstico médico), del 2.2 por ciento en población mayor de 20 años.^{5,6}

La distribución de la prevalencia por entidad federativa, permite identificar que el Distrito Federal y el Estado de México presentaron porcentajes iguales o mayores al 10%, de población mayor de 20 años, con antecedentes de haber tenido alguna enfermedad prostática y 9 estados (B.C., Sonora, Chihuahua, Tamaulipas, Jalisco, Guanajuato, Veracruz, Puebla y Oaxaca) presentaron porcentajes que oscilaron entre 4 y 9% y los restantes por debajo del 4%.³

En la misma encuesta, la prevalencia de enfermedad prostática basada en el diagnóstico del médico, en población mayor de 20 años, permite identificar que ésta aumenta conforme la edad, hasta alcanzar su máximo en el grupo de 60 a 69 años, edad en que empieza disminuir.^{3,5}

En la distribución de la mortalidad por grupo de edad se afecta principalmente al grupo mayor de 65 años, en un 88%, el 12% restante de defunciones están en el grupo de edad, en el cual las intervenciones tienen un mayor costo beneficio y

parte de las estrategias del programa son dirigidas a evitarlas y a mejorar la calidad de vida en los otros grupos de edad.¹⁶

En los últimos años, el número de adultos mayores ha aumentado paulatinamente en el mundo. En México, la situación no es diferente: la esperanza de vida de los mexicanos, supera actualmente los 75 años de edad; es decir, cada día vivimos más años. En nuestro país hay alrededor de 7 millones de personas mayores de 60 años, y se estima que para el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años.¹⁶

El desarrollo de nuestro país y el aumento en la esperanza de vida han traído consigo el envejecimiento de la población y el concurrente incremento de enfermedades crónico-degenerativas; entre ellas destacan por su frecuencia los tumores malignos, que desde 1989 ocupan en México el segundo lugar como causa de muerte.¹⁶

Entre las neoplasias malignas, el 90% de los cánceres de pulmón se atribuye al tabaquismo, mientras que los cánceres de colon y próstata se relacionan al grado de desarrollo y de envejecimiento de un país, contrario al de estómago, que está vinculado con los hábitos nutricionales.¹⁶

Los tumores malignos se ubican en el segundo lugar de la tabla de mortalidad general.¹⁶

Podemos concluir que el cáncer de próstata es una de las neoplasias malignas más frecuente en los hombres y se incrementa conforme aumenta la edad. El 87.6% de las defunciones se registraron en la población mayor de 65 años.^{3.6}

Durante 1999, dentro de los tumores malignos, el cáncer de próstata se ubicó en segundo lugar en el grupo de edad postproductiva, con una tasa de 71.7 por 100 mil habitantes.^{3,6}

La prevalencia en la población, es decir el número de casos existentes, se desconoce; pero se trata de un tumor que aumenta progresivamente con la edad (igual que la hiperplasia benigna de próstata). En estudios sobre autopsias se ha encontrado que el 10.6% en los varones de 50 a 59 años, el 43.6% entre los 80 y 89 años y el 83% de los varones de 90 a 99 años tienen cáncer de próstata.^{3,6}

El cáncer de próstata es uno de los tipos de cáncer cada día más frecuentes y comunes en los hombres y se estima que la incidencia aumenta conforme la edad. En las primeras etapas de la enfermedad, el cáncer se limita a la próstata y no suele ser mortal. Sin embargo, el cáncer puede diseminarse a otras partes del cuerpo y con el tiempo causar la muerte. El 87.5 por ciento del total de las muertes por esta causa, se registró en varones de 65 años y más.⁹

FISIOPATOLOGÍA

El cáncer de próstata sólo presenta síntomas cuando su tamaño rebasa el tamaño normal y tiene algún grado de invasión, por esto debemos evaluar la sintomatología prostática y cuando se requiera pedir un antígeno prostático específico a todo hombre mayor de 50 años, de acuerdo a sus factores de riesgo determinar la periodicidad y siempre que presenten factores de riesgo, o encuesta de factores de riesgo positiva, examinar con tacto rectal.^{3,9}

En hombres con mayor riesgo, con antecedentes familiares directos de cáncer de próstata o de mama, se debe iniciar un abordaje de detección a los 40 años.

La próstata es un órgano pequeño del tamaño de una nuez. Se localiza debajo de la vejiga y rodea la uretra. La próstata produce un líquido que se convierte en parte del semen. El semen es el líquido blanco que contiene espermatozoides, por tanto es un órgano exclusivo del género masculino.^{3,9}

Fundamentalmente se distinguen 3 zonas: la zona Central cruzada por los conductos eyaculadores que supone un 25% de la glándula, la zona Transicional que rodea a la uretra posterior con un 5% del volumen glandular y la zona Periférica que ocupa un 70% del volumen glandular. En la zona Periférica se desarrollan el 68% de los cánceres, en la zona Central un 8% y en la zona Transicional un 24%. La zona Periférica es accesible al tacto rectal mientras que los tumores que se desarrollan en las zonas Central y Transicional se valoran mejor con la ecografía.^{3,9,15}

La prevalencia de cáncer prostático en especímenes de autopsia varía poco alrededor del mundo, la diferencia clínica es notable entre países (alta en Norteamérica y países europeos, intermedio en Sudamérica y baja en el Lejano Oriente), sugiriendo que las diferencias en el medio ambiente y en la dieta entre las poblaciones, podrían ser de importancia en el desarrollo del cáncer prostático.^{3,8,10}

FACTORES DE RIESGO

Existe poca relación entre cáncer prostático y carcinógenos industriales, tabaquismo, uso de alcohol, patrón de enfermedades, circuncisión, peso, estatura, grupo sanguíneo o distribución de pelo corporal; en forma similar, no se ha demostrado relación entre la aparición de hiperplasia prostática benigna y cáncer prostático.³

Se han postulado factores genéticos, las razas negras y los escandinavos tienen una alta incidencia, mientras que los japoneses tienen la más baja. También existiría una predisposición familiar, pariente en primer grado de caso índice tiene un riesgo 10% mayor de tener un cáncer prostático.^{14,15}

Otros factores implicados son la alimentación y el ambiente. Se ha visto que el aceite de soja es un protector ya que se transforma en un estrógeno débil; que los habitantes de zonas rurales tienen una mayor incidencia atribuida a los insecticidas agrícolas; las prostatitis vírales por citomegalovirus o virus herpes a repetición también aumentarían las posibilidades de desarrollar un cáncer de próstata. Un factor clave es el factor hormonal, se relaciona claramente con la presencia de testículos funcionales; los eunucos no tienen cáncer de próstata.¹⁵

La presencia de receptores esteroides en las células tumorales y la respuesta positiva a la supresión de los andrógenos así como los altos niveles de Dihidrotestosterona en las células cancerosas, apoyan la hipótesis hormonal.^{3,8}

FACTORES AMBIENTALES Y ALIMENTICIOS

Existe una diferencia notable en la incidencia del cáncer entre el mundo Oriental y Occidental, atribuibles entre otros factores a la ingesta de grasas en la dieta. Un ejemplo lo constituyen los chinos, que de una incidencia de 0.8 por 100 000 habitantes en su vida nativa, pasan a tener tasas de 18.6 cuando se integran a la civilización occidental, pero no llegan al 44.5 de la población caucásica. La raza negra en EE.UU. tiene la mayor tasa de incidencia con 100.2 por 100 000 habitantes.^{3,5}

Otro factor de riesgo alimenticio son: la vitamina A, oligoelementos como el Zinc, Cadmio y Selenio que se han considerado como carcinogénicos en estudios experimentales⁵

FACTORES GENETICOS

Si los afectados son el padre y el abuelo, el riesgo se eleva a 9 veces. El modelo hereditario sería el de un gen autosómico dominante con una penetración del 88% a los 85 años. Los genes supresores tumorales estarían localizados en 10q y 16q principalmente.^{3,5}

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en casos de enfermos con cáncer de próstata es mayor en relación con casos controles. Algunos autores han encontrado partículas pseudovirales en el tejido prostático maligno como el Herpes virus 2, SV 40 y citomegalovirus (CMV).^{3,5}

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se establece a través de estudios clínicos y de gabinete: tacto rectal, ultrasonografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), y marcadores séricos del tumor; entre estos, sin duda el más importante es el antígeno prostático específico (APE) el cual se produce únicamente en el citoplasma de células prostáticas benignas y malignas. Su nivel sérico se correlaciona con el volumen de ambos tejidos, maligno y benigno. El APE, se determina como normal (<4 nanogramos (ng)/ml), intermedio 4.1-10 ng/ml y altamente sospechoso arriba de 10 ng/ml. Estos dos últimos requieren de biopsia, ya que las 2 terceras partes de cáncer prostático se ubican en personas con resultados de 10 y más ng/ml.^{3,4,5,9}

En general los cánceres de próstata son silenciosos, crecen lentamente, invaden primero la cápsula prostática, luego ganglios pelvianos (obturatrices e ilíacos) y dan metástasis preferentemente al hueso.⁴

Sólo dan sintomatología obstructiva. Las lesiones en el hueso son osteoblásticas y los sitios más frecuentes de metástasis son:

- _ Columna sacra.
- _ Crestas ilíacas.
- _ Columna lumbar.
- _ Columna dorsal, cráneo, etc.

En hombres entre 50 y 55 años se da una forma poco frecuente de cáncer prostático con Gleason 8 a 10, de crecimiento rápido y aneploides, en general se desarrollan en dos o tres meses.^{3,4}

CLASIFICACION

La clasificación se establece: Tumor, Nódulo, Metástasis (TNM), en donde la evaluación inicial consiste en determinar el estadio local del tumor, ya sea, enfermedad intracapsular (T1-T2) y extracapsular (T3-T4); tiene un impacto importante en la toma de decisiones para el tratamiento.⁸

Más del 95% de todos los carcinomas prostáticos son adenocarcinomas y desde el punto de vista anatomopatológico, el 97% de los tumores se originan en la periferia.⁸

La histología del cáncer de próstata es muy importante; se ha visto que un 95% son adenocarcinomas acinares originados en la porción glandular de la próstata y sólo un 4% es transicional, escamoso o endometroide, estos derivan de los conductos y por lo tanto son hormonoindependiente. El 1% son sarcomas.

Es importante que en el informe que se recibe del patólogo se establezca el grado de Gleason, que es una clasificación basada en la diferenciación celular y la relación estroma-glándula del cáncer (no mide anaplasia), para esto se le asigna un puntaje de 1 a 5 a la zona más "mala" del cáncer y otro a la más "buena" y se suman. La escala de Gleason va del 2 al 10, siendo el 2 el cáncer más benigno. En general los cánceres con Gleason del 2 al 4 tienen buen pronóstico, del 5 al 7 son de pronóstico intermedio y del 8 al 10, son los de peor pronóstico. El Gleason es importante porque determina el pronóstico y evolución.^{3,6,7}

También se utilizan la clasificación clínica según el grado de invasión local y metástasis es el TNM del cáncer de próstata:

_ **TNM I o A:** es un cáncer descubierto incidentalmente, paciente con adenoma que se opera y en el informe del patólogo aparece el cáncer de próstata. Si son positivas para cáncer menos del 5% de las muestras biópsicas tiene una conducta, si es más del 5% tiene otra.

_ **TNM II o B:** se detecta al tacto, mediante la palpación de un adenoma que además presenta pequeños nódulos duros en su interior. B 1 ó 2 depende del tamaño y de si está en los dos lóbulos de la próstata o no.

_ **TNM III o C:** es una próstata que al tacto está dura y fija por que el cáncer se extiende más allá de la cápsula.

_ **TNM IV:** es el cáncer que ya tiene metástasis a distancia al hacer el diagnóstico. Entonces, según el Gleason se establece el pronóstico y según el TNM se plantea el tratamiento.

También se puede realizar una citometría de flujo, los cánceres diploides son benignos y los aneplloides y tetraploides son los más malignos.^{3,7,14}

MARCADORES TUMORALES

Los marcadores tumorales son sustancias que a menudo pueden descubrirse en cantidades mayores que las normales en la sangre, orina, o tejidos del cuerpo de algunos pacientes con ciertos tipos de cáncer. Los marcadores tumorales son producidos por el propio tumor o por el cuerpo como respuesta a la presencia de cáncer o ciertas condiciones benignas (no cancerosas).⁷

La medición del nivel de los marcadores tumorales puede ser útil, cuando se utiliza junto con radiografías y otras pruebas, para la detección y el diagnóstico de algunos tipos de cáncer. Sin embargo, la medición de los niveles de los marcadores tumorales por sí sola no es suficiente para diagnosticar un cáncer por las siguientes razones:

- _ El nivel de un marcador tumoral puede elevarse en personas con condiciones benignas.
- _ El nivel de un marcador tumoral no se eleva en todas las personas con cáncer, especialmente en las etapas tempranas de la enfermedad.
- _ Muchos marcadores tumorales no son específicos a un tipo particular de cáncer; el nivel de un marcador tumoral puede aumentar como consecuencia de más de un tipo de cáncer.

En la actualidad, el uso principal de los marcadores tumorales es evaluar la reacción del cáncer al tratamiento y controlar la recaída. Los científicos continúan estudiando el uso de estos marcadores tumorales, así como su papel potencial en la detección y diagnóstico temprano del cáncer.^{8,10}

A continuación se describen algunos de los marcadores tumorales que se miden con más frecuencia.

ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

El Antígeno Prostático Específico (APE) está presente en concentraciones bajas en la sangre de todos los varones adultos. Éste es producido tanto por las células normales de la próstata como, prostatitis (inflamación de la próstata) e Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), o con un crecimiento maligno (canceroso) en la próstata. Aun cuando el antígeno prostático específico no permite distinguir entre las enfermedades benignas de la próstata (muy comunes en los hombres mayores de edad) y el cáncer, un nivel de antígeno prostático específico elevado puede indicar que son necesarias otras pruebas para determinar si el cáncer está presente^{4,7}.

Los niveles de antígeno prostático específico han demostrado ser útiles para supervisar la eficacia del tratamiento del cáncer de la próstata, y para controlar la recaída después de que el tratamiento ha terminado. Cuando se usa el APE para controlar la recaída del cáncer, un solo nivel elevado puede que no sea de mucho valor, generalmente se busca una tendencia, la cual se define como un aumento regular en los niveles del antígeno prostático específico obtenidas en múltiples pruebas realizadas en un lapso de tiempo, en vez de concentrarse en el resultado elevado de una sola prueba^{3,4}.

Los investigadores están estudiando la importancia del antígeno prostático específico para el examen de detección de cáncer de la próstata (buscar la enfermedad en hombres que no tienen síntomas).^{3,13}

El estudio de Detección Temprana del Cáncer de la Próstata, Pulmón, Colorectal y del Ovario, patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer, está diseñado para demostrar si el uso de ciertas pruebas para la detección puede reducir el número

de muertes causadas por estos cánceres. En cuanto al cáncer de la próstata, en este estudio se está tratando de determinar la utilidad de las pruebas, estudiando nuevas maneras de aumentar la exactitud de las pruebas del antígeno prostático específico. El mejorar la exactitud de las pruebas del APE puede ayudar a distinguir una hiperplasia prostática benigna de un cáncer de la próstata y así evitar procedimientos adicionales innecesarios, como las biopsias.^{3,4,7}

FOSFATASA ACIDA PROSTATICA

La Fosfatasa Ácida Prostática (FAP) normalmente sólo se presenta en cantidades pequeñas en la sangre, pero puede encontrarse en niveles más altos en algunos pacientes con cáncer de la próstata, sobre todo si el cáncer se ha extendido más allá de ésta. Sin embargo, los niveles de la FAP en la sangre también pueden elevarse en pacientes que tienen ciertas enfermedades benignas de la próstata o cuyo cáncer está en la fase temprana.^{3,4}

CA 15-3

Los niveles CA 15-3 se usan primordialmente para seguir el curso del tratamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer del seno, especialmente en su forma avanzada. Raramente los niveles de CA 15-3 se elevan en las mujeres con cáncer del seno en su fase temprana.

Los cánceres del ovario, pulmón y la próstata también pueden elevar los niveles de CA 15-3. Estos niveles elevados de CA 15-3 pueden estar relacionados con trastornos no cancerosos tales como, enfermedades benignas del seno o el ovario, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y la hepatitis.

El embarazo y la lactancia también pueden causar aumento en los niveles de CA 15-3.^{3,4}

Al contar con nuevos métodos de detección precoz como el antígeno prostático específico y la ecografía transrectal, ha aumentado la tasa de detección de pequeños tumores localizados. Aunque por sí solos estos métodos no son concluyentes, asociándolos al tacto rectal son mucho más eficaces.¹³

ESTUDIOS CLINICOS Y DE GABINETE

✓ Tacto rectal

El valor predictivo positivo del tacto rectal alcanza el 40%, de 100 nódulos detectados, 40 serán cánceres y el resto corresponderán a Hiperplasia benigna, prostatitis crónica, infartos prostáticos, tbc, etc.³

✓ Ecografía transrectal

Las diferentes texturas ecográficas permiten clasificar las lesiones en hipoecógenas e hiperecógenas con relación al parénquima prostático normal. La gran mayoría de los nódulos tumorales son lesiones hipoecógenas pero sólo el 50% de los nódulos observados como hipoecógenos son cáncer. La utilidad principal de la ecografía es la posibilidad de realizar biopsias dirigidas de las áreas sospechosas.^{3,7}

✓ Antígeno Prostático Específico (APE) para la detección temprana del cáncer de próstata

Es el examen más importante, es una glicoproteína que sólo se produce en la próstata por glándulas y conductos y su función es la licuefacción del coágulo seminal, permite detectar precozmente el cáncer.

Es importante saber que un gramo de adenoma prostático produce 0.3 ng/ml (nanogramos) de antígeno, mientras que un gramo de cáncer produce 3 ng/ml de antígeno. El valor normal de antígeno prostático va de 0 a 4 ng/ml. En clínica es importante, además de reconocer un valor absoluto anormalmente alto, pedir exámenes seriados para cuantificar la velocidad de crecimiento anual. Dado que se considera anormal un aumento de más de 1 ng/ml por año y, en este caso, también es imperioso estudiar a este paciente. Existe una fracción de antígeno prostático libre que permite distinguir si el aumento del antígeno es debido a un adenoma o a un cáncer. Si el porcentaje de antígeno libre es superior a un 25% lo más probable es que sea un adenoma, en cambio si es menor a 10% en general es un cáncer; este examen permite realizar menos biopsias. Si encontramos un antígeno prostático >50ng/ml es cáncer con metástasis a distancia. Se ha visto que un antígeno prostático elevado con una próstata chica tiene peor pronóstico. En la prostatitis aguda también aumenta el antígeno prostático, pero obviamente hay fiebre, dolor a la palpación de la próstata, lo cual no orienta a cáncer.¹³

Todas las enfermedades prostáticas pueden elevar los niveles de APE, incluyendo: adenocarcinoma de próstata, hiperplasia prostática benigna, biopsia de próstata, prostatectomía transuretral, retención urinaria aguda y la prostatitis aguda. El examen digital rectal no presenta un efecto importante sobre el nivel de APE, pero la eyaculación puede causar una elevación transitoria menor de 1ng/dl. Por lo que presenta muchos falsos positivos con respecto a la detección del cáncer de próstata.^{3,4,7,13}

La biopsia de próstata se considera como "el estándar de oro" pero generalmente se realiza luego de constatar anormalidades en el tacto rectal o elevación del APE, por lo que la sensibilidad del método está sobrestimada.³

Para la detección del cáncer de próstata, se ha determinado que el valor de corte del APE es de 4.0 ng/dl. Con este valor la sensibilidad y especificidad del método varía según la edad y los factores de riesgo como raza negra e historia familiar de cáncer de próstata.^{3,4}

Se ha determinado que en hombres con examen rectal normal y de acuerdo a los niveles de APE, la probabilidad de presentar cáncer es de 12-23% con APE de 2.5-4.0 ng/dl; 25% con APE de 4.1-10.0 ng/dl; y >50% con APE >10 ng/dl. Con base en estos datos, se debe tener la precaución de informar correctamente al paciente debido a que si presenta APE >4.0 ng/dl y biopsia negativa, puede conducir a un estado de ansiedad crónica, o "APEdinia".^{4,8,9}

Debido a la baja especificidad de la determinación de APE, se ha intentado combinar con el resultado de la medición del volumen y densidad prostática (especialmente zona de transición) por ultrasonografía no siendo útil por las dificultades técnicas y logísticas. También se ha propuesto utilizar rangos según la edad, pero ha sido criticado debido a que también se tiene que tener en cuenta en valores bajos la variación anual (variación >0.75 ng/dl es sugestivo de cáncer prostático).^{4,7}

Se sugiere realizar determinaciones anuales de APE, pero debido al crecimiento lento del cáncer de próstata podría hacerse a intervalos de 2 años. Presenta beneficios sólo cuando se lo realiza desde los 40-45 años de edad y hasta los 75

años, o hasta los 65 años si presentó determinación persistentemente bajas (entre 0.5 y 1.0 ng/dl).^{12,13}

Existen diferencias entre las recomendaciones entre las diferentes sociedades científicas sobre el beneficio del tamizaje del cáncer de próstata, pero en general se asume que el APE detecta en forma temprana el cáncer de próstata en la mayoría de los casos, aunque no existan grandes estudios, bien diseñados y aleatorizados que lo avalen.⁴

Con base a los datos disponibles, los hombres de 50 a 75 años deberían realizarse pruebas de APE , la edad puede ser menor en sujetos con factores de riesgo y mayor en aquellos con buen estado general de salud. Siempre se debe discutir con el paciente con respecto a los riesgos y beneficios de la prueba, que incluya los siguientes puntos:

- _ Posibilidad de que el cáncer de próstata sea diagnosticado.
- _ Posibilidad de resultados falsos positivos y negativos.
- _ Ansiedad relacionada con una prueba positiva.
- _ Tener en cuenta que no existe evidencia que avale que el tamizaje reduce el riesgo de muerte por cáncer de próstata.^{4,7,9}

La determinación de APE es un avance muy importante de la última década, siendo actualmente una herramienta en el diagnóstico y control terapéutico del cáncer de próstata. Es discutida su utilidad en la detección temprana del cáncer de próstata, por lo que hasta que se disponga de mayor evidencia, debemos seguir las recomendaciones de las principales sociedades científicas.^{3,12,13}

El tejido prostático hiperplásico o afectado de procesos inflamatorios puede inducir a falsos positivos, por ello se han introducido nuevas valoraciones del APE: la

densidad del APE que es el volumen prostático ecográfico/valor del APE (cuando es mayor de 0.15 se recomienda biopsia de próstata) y la velocidad del APE o aumento anual del APE mayor de 0.75 ng/ml, que haría aconsejable la biopsia.^{4,7}

✓ **Fracción prostática de fosfatasa ácida**

Esta fosfatasa sólo se produce en la próstata, pero se elevan en etapas tardías de cáncer, cuando ya hay metástasis es positivo en el 80% de los casos. No sirve en la detección. Además tiene el inconveniente de tener falsos negativos y también falsos positivos en cáncer de páncreas, óseo, mama y en tromboembolismo. Se determinan mediante el método de radio inmunoensayo sérico.¹³

✓ **Fosfatasa alcalina**

Se alteran en metástasis óseas importantes, es muy inespecífica.¹³

✓ **Ecotomografía transrectal**

Es útil para identificar la etapa en que se encuentra el cáncer de próstata ya que permite ver claramente su grado de infiltración, por ejemplo si sobrepasa o no la cápsula, compromete las vesículas seminales.

Permite una muy buena visión de la próstata, se distingue la zona periférica de la transicional. El cáncer se ve como nódulos negros hipogénicos.¹³

✓ **Gammagrama óseo**

Se realiza para la búsqueda de metástasis, es importante realizarla porque permite la detección de una metástasis ósea 6 meses antes que una radiografía.

Se considera positiva cuando se ve un 30% o más de reemplazo óseo en un área mayor que 5 cm.⁸

✓ **Ecotomografía pelviana**

Se utiliza para identificar ganglios afectados.

✓ Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Sólo se utilizan en estudio de diseminación, aportan poco.

✓ Biopsia

El tejido prostático hiperplásico o afectado de procesos inflamatorios puede inducir a falsos positivos, por ello se han introducido nuevas valoraciones del APE: la densidad del APE que es el volumen prostático ecográfico/valor del APE (cuando es mayor de 0.15 se recomienda biopsia de próstata) y la velocidad del APE o aumento anual del APE mayor de 0.75 ng/ml, que haría igualmente aconsejable la biopsia. ^{3,14}

✓ Recomendaciones internacionales

La Sociedad Americana de Cáncer, recomienda que todos los varones de más de 50 años se sometan a Tacto Rectal (TR) y determinación del Antígeno Prostático Específico (APE). En los casos con antecedentes familiares, el control se deberá iniciar a los 40 años. ^{3,4,8}

Si el TR y el APE son normales se recomienda control anual.

Si el TR es normal y el APE está entre 4.1 y 10 ng/ml se realizará Ecografía Transrectal (ETR) para determinar la densidad del APE y detectar nódulos con el fin de realizar biopsia prostática dirigida o aleatoria.

Si el TR es normal y el APE mayor de 10 se realizará biopsia dirigida o aleatoria mediante ETR. Si el TR es sospechoso se realizará biopsia de dicha zona, independientemente del APE. ^{3,4,8}

TRATAMIENTO

El tratamiento depende del TNM y de la edad del paciente.

Las personas con cáncer T1-T2 tempranos, localizados, que no han invadido la cápsula, deberán ser sujetos a prostatectomía radical, resecando la próstata y cuello vesical, ganglios obturatrices, ganglios ilíacos y vesículas seminales. La sobrevida de estos pacientes, en general es buena; es decir el 90% sobrevive a los 15 años, con tratamiento precoz. Las complicaciones de la prostatectomía radical son la impotencia que se produce en casi el 100% de los tratados y la incontinencia de orina se ve en un 30% aproximadamente^{3,17}

Si se diagnóstica un cáncer TNM etapa IV con metástasis a distancia, sólo se realiza tratamiento paliativo con supresión del estímulo hormonal, de estos pacientes con o sin tratamiento un 10% se muere antes del año y otro 10% vive más de 10 años. El promedio de sobrevida con un TNM IV es dos a tres años. No es un cáncer tan maligno, responde a la supresión de testosterona.^{10,14}

Para obtener un bloqueo hormonal completo se realiza:

- _ Orquiectomía.
- _ Fármacos bloqueadores androgénicos.

Para el bloqueo androgénico se pueden utilizar análogos de LHRH como el Leuprolide y Decapeptil que tienen el problema de su alto costo. También se puede utilizar flutamida. Se ha ensayado la administración de estrógenos como el dietilestilbestriol en dosis de 2.5 mg al día, es menos costoso, actúa bloqueando los receptores periféricos de testosterona. En general con el tratamiento paliativo se obtiene una mejoría de la sintomatología general y también de la uropatía obstructiva.^{11,12}

No se realiza quimioterapia.

Radioterapia solo local con implantes en el cáncer TNM I o II. También se utiliza como tratamiento local de las metástasis de columna, pero sólo es paliativo.¹¹

✓ **Tratamiento del tumor incidental**

En los pacientes con expectativa de vida menor de 10 años y con un tumor focal A1, se les aplicará conducta conservadora efectuando controles de APE, TR y EcoTR cada 6 meses.

En los pacientes con expectativa mayor de 10 años o tumores focales A2 se realizará cirugía radical o radioterapia local.^{8,9}

✓ **Tratamiento del tumor localizado**

El tratamiento de elección es la Prostatectomía radical, siempre que el estado general sea bueno y la esperanza de vida sea superior a 10 años. En los casos con mal estado general, edad avanzada o negativa al tratamiento quirúrgico puede ser útil la Radioterapia radical o bien el bloqueo androgénico.^{8,9}

✓ **Tratamiento del tumor con extensión extraprostática**

Los pacientes con afectación capsular no son buenos candidatos para la cirugía radical pues más del 50% van a tener afectación ganglionar y la exéresis puede ser incompleta. El tratamiento con bloqueo hormonal completo logra disminuir el volumen tumoral y facilita la cirugía, pero pocos pacientes logran disminuir el estadio tumoral y la supervivencia no se modifica.^{8,9}

El tratamiento adecuado dependerá de la presencia de síntomas obstructivos para instaurar el bloqueo androgénico completo o la desobstrucción mediante RTU. Hay autores que prefieren instaurar el tratamiento hormonal cuando se demuestran metástasis y mantienen a los enfermos sin tratamiento mientras no

tengan sintomatología clínica. La supervivencia no se ve alterada aunque la calidad de vida puede ser mejor en los pacientes con bloqueo hormonal.^{3,13}

✓ **Tratamiento del tumor diseminado**

El tratamiento es mediante la supresión hormonal, bien sea por castración quirúrgica o bien con análogos de la LHRH. Si se quiere actuar sobre los andrógenos suprarrenales se asociará un antiandrógeno al tratamiento, efectuándose un bloqueo completo.¹³

✓ **Situaciones clínicas especiales**

Obstrucción infravesical: enfermos con Retención Aguda de Orina (RAO), se puede actuar mediante tratamiento hormonal o bien con resección transuretral desobstructiva.¹⁴

Obstrucción de la uretra: se utilizará la derivación urinaria y tratamiento hormonal, recurriendo con posterioridad a la resección desobstructiva si no hay mejoría.¹⁴

Dolor intratable: radioterapia sobre las metástasis.

Compresión medular: Dexametasona y Ketoconazol en primer lugar y recurrir a la radioterapia o la laminectomía según los casos.^{13,15,17}

CALIDAD DE VIDA

✓ **Origen y Definición.**

Dicho concepto aparece aproximadamente en los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen proviene, principalmente, de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como lo es “la felicidad” y “el bienestar”. Si bien, el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la

mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad¹⁷

De acuerdo a lo anterior, su historia en el ámbito de la investigación clínica es relativamente breve, contando con bastantes cuestiones pendientes, tales como la necesidad de un sólido modelo conceptual y una mejor especificación de sus dimensiones, lo que nos ayudaría a interpretar mejor el sentido y significado de los resultados obtenidos por las distintas investigaciones^{15,16}

Resulta interesante mencionar, que la calidad de vida (CV) es un constructo que popularmente se ha usado para transmitir una sensación general de bienestar del individuo e incluye aspectos tales como la felicidad y la satisfacción con la vida como un todo. Sin embargo, se le han dado diversas definiciones entre las que destaca la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, quien se refiere a ella como la percepción individual que la persona hace de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y de los sistemas de valores en los que vive, tomando en cuenta, la relación de estos ámbitos con sus objetivos, normas, expectativas y preocupaciones.¹⁷

Por su parte, Borthwick en 1992, estableció que la calidad de vida era el conjunto de cuatro aspectos importantes como lo son: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, y finalmente, d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.^{17,18}

Por otro lado, se puede decir, que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona.¹⁷

Además, posee aspectos subjetivos tales como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, la salud percibida; y aspectos objetivos como lo son el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente, las relaciones generales con la comunidad y la salud objetivamente considerada (Ardila, 2003). Así mismo, el autor expresa que la CV es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.^{17,18}

✓ **Calidad de Vida Relacionada a la Salud.**

Por su parte, en lo referente al área de la salud, la definición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo unipersonal y está multideterminado por la actitud del paciente frente a las circunstancias de la vida, las expectativas de salud, creencias, educación, apoyo familiar y social, entre otros aspectos, y que al ser cambiantes y medirse con una carga de subjetividad no siempre coincide con la gravedad atribuida por el médico a su enfermedad (Vinaccia et al.,2006).¹⁶

Además, Coté, Delmos, Delpierre, Sylvain, Delon y Raleau (2009), explican que éste es un constructo multidimensional, que se refiere a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de un individuo, los cuales, serán los indicadores de qué también se encuentran las funciones de la vida diaria de una persona, así como la forma en la que el individuo percibe su estado de salud y cómo este influye en su vida. Es relevante expresar, que la calidad de vida se ha convertido en una medida de resultado importante en el contexto de las enfermedades crónicas, en particular entre las personas que viven con cáncer de prostata.¹⁷

Por su parte, Schwartzmann (2003), define la CVRS como una percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.¹⁷

Así mismo, Tavera (2010), explica que la calidad de vida relacionada a la salud es una percepción, vivencia o evaluación subjetiva, que se encuentra influenciada por el estado de salud, y que dicha percepción, vivencia o evaluación afecta la capacidad funcional o la realización de actividades u objetivos relevantes en la vida de un individuo.^{17,18}

En las últimas décadas, éste constructo se ha venido midiendo a través de diversos instrumentos que evalúan diferentes dimensiones, sin embargo, muchas de ellas coinciden en la importancia de la valoración personal de la salud, la función física y de rol, la variabilidad entre energía y fatiga, la preocupación por la propia salud, además de tomar en cuenta aspectos cognitivos.¹⁹

✓ **Dimensiones de la calidad de vida.**

Como se mencionó anteriormente, la calidad de vida es estudiada por medio de diversas dimensiones entre las que se encuentran la Función Física, el Rol Físico, el Dolor Corporal, la salud general, la Vitalidad, la Función Social, el Rol Emocional y la Salud Mental.^{17,18,19}

Por tal razón, resulta de interés describir cada una de ellas para poder comprender mejor cada uno de los aspectos que involucra la calidad de vida en general. En este sentido, al hablar de función física se hace referencia a aquellas limitaciones que se ven manifestadas en las actividades físicas de la vida diaria, como por ejemplo, el cuidado personal (bañarse, vestirse), caminar, subir escaleras, llevar

cargas (bolsas o cajas), y realizar esfuerzos moderados e intensos, es decir, a las limitaciones físicas a las que se enfrenta el sujeto por la falta de salud.²⁰

Así mismo, en lo que respecta al rol físico Alonso et al. (1995), hacen referencia al nivel en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado.¹⁷

Por otra parte, se encuentra el dolor corporal medido por la intensidad del dolor que el paciente manifiesta ejerciendo este un efecto negativo en el rendimiento del trabajo habitual y en las actividades del hogar. También, se encuentra dentro de las dimensiones de CV la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar correspondiendo a la dimensión de salud general.^{17,18}

Otra dimensión es la llamada vitalidad, que comprende los sentimientos de energía que contrarrestan el desánimo y la fatiga. Además, se toma en cuenta la interferencia que ejerce la percepción de falta de salud en la vida social habitual de la persona y al hablar de ella se está refiriendo a la dimensión de fusión social. Así mismo, destaca el rol emocional, entendido como la intensidad en la que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias del sujeto.^{17,18}

Finalmente, Alonso et al. (1995), hacen acotación a una última dimensión que se debe considerar al momento de evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata y es la salud mental. Dichos autores, expresan que para ello se deben considerar la presencia o ausencia de depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.¹⁷

Aunado a esto, existen otras dimensiones estudiadas por otros autores tales como: la salud física y problemas agudos, salud física y problemas crónicos, salud psicológica y habilidades personales y sociales.

En este sentido, la evaluación de factores subjetivos tales como los aspectos psicológicos y sociales permiten una valoración más integral del estado general del paciente, ayudándoles a optimizar la atención durante el transcurso de la enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida. Cabe destacar, que dentro de los factores sociales uno que ha sido de gran interés para las investigaciones del área es el apoyo social, debido a la influencia que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes^{17,18}

En este orden de ideas, en pacientes con cáncer de próstata se ha descrito que la percepción de apoyo social contribuye a la adaptación a su enfermedad y a mejorar.^{17,18,19,20}

APOYO SOCIAL

Como ya se ha dicho la CVRS se ha convertido en una medición habitual en Pacientes con cáncer de próstata dado la cronicidad de la enfermedad y los efectos que produce. Además, en pacientes con cáncer de próstata, uno de los aspectos más utilizados para la valorar el impacto de la enfermedad es el apoyo social, el cual se ha encontrado relacionado con la calidad de vida. En este sentido, en estos pacientes se ha descrito que la percepción de apoyo social (AS) contribuye a la adaptación a su enfermedad y a mejorar su salud.¹⁷

Existen numerosas definiciones referentes al apoyo social que se han venido manejando desde finales de los 70, sin embargo, la variedad de instrumentos de medida del constructo y las diversas actividades que se han incluido bajo el

término, no han hecho más que dificultar la concreción de este concepto impidiendo llegar a una definición consensuada.¹⁹

En consecuencia, algunos autores han definido éste constructo como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos. Además, han incorporado al concepto conductas tales como: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, pertenecer a asociaciones comunitarias, dar consejo y guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar, entre otras.²⁰

Por otra parte, Vega y González (2009), proponen que el apoyo social está sustentado por dos pilares fundamentales. Por un lado, se puede hablar de la objetividad y de la subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido y el apoyo social experimentado; resultando ambos fundamentales para la persona, teniendo repercusión sobre su bienestar.^{20,21}

El segundo pilar, se centra en la situación contextual del apoyo social y analiza tres áreas en las que podía darse dicho apoyo. La primera de ellas sería, desde el punto de vista comunitario, en el macro-nivel, donde el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social.²⁰

La segunda área, estaría enfocada en un nivel más reducido de sistemas o redes sociales, como lo es el meso-nivel, en el cual se ubica la red de los vínculos personales, en cuyo interior, a menudo indirectamente, se dan afectos o apegos hacia lo demás. Y por último, la tercera área ubicada en el micro-nivel, en el que se dan vinculaciones muy íntimas y de confianza, y es allí donde se consigue el

soporte social no formal, que favorece el nacimiento de una necesidad de compromiso que la persona aguarda.^{19,21}

En otro orden de ideas, el apoyo social se expresa como un convenio interpersonal que incluye tres aspectos, en primer lugar la expresión de afecto de una persona hacia otra, concibiéndose como apoyo afectivo; en segundo lugar, la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona, que es lo que se conoce como apoyo confidencial; y finalmente, la prestación de ayuda de tipo material, es decir el apoyo instrumental.^{21,24}

A su vez, el apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad del apoyo social existente, y en este sentido se destacan la valoración subjetiva que tenga el sujeto sobre el apoyo social (apoyo percibido), la disponibilidad de éste (apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo (instrumental, informativo y socioemocional), así como al grado de satisfacción con éste.^{21,24}

Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos, el emocional que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo de que puede contar con alguien y sentirse acompañado socialmente; el informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red; y por último, el instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema¹⁹

En conclusión, se puede decir que pese a las diferentes concepciones que existen sobre lo que es el apoyo social la mayoría de ellas coinciden en que este posee

una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como por las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos).^{19,21,24}

✓ **Dimensiones del apoyo social.**

A pesar de que ha resultado difícil la definición del término de apoyo social, dado la diversidad de concepciones de los diferentes autores, existen algunos que han decidido estructurar esta variable por dimensiones, permitiendo así comprender mejor cada uno de los aspectos que involucra el término en general. Entre estos investigadores se encuentran Sherbourne y Stewart quienes en el año 1991 establecen que para entender mejor el nivel de apoyo social que perciben los pacientes, es necesario evaluar cuatro dimensiones específicas.²⁴

La primera de ellas, se refiere al apoyo emocional, que involucra la presencia de personas capaces de demostrar afecto, comprensión empática ante las situaciones que el sujeto experimenta, brindándoles además la posibilidad de recibir consejos e información que le ayuden a comprender de una mejor manera las diferentes situaciones que se le puedan presentar a lo largo de su vida y en circunstancias específicas.^{20,24}

También, se debe tomar en cuenta el apoyo afectivo, que guarda cierta similitud al anterior pero que se refiere a las demostraciones reales de amor, cariño o empatía. Además, debe estudiarse de interacción social positiva puesto que permite tener una noción de la posibilidad que tiene el sujeto de contar con

personas para comunicarse y compartir momentos agradables que le sirvan para olvidar los problemas y relajarse.²⁴

Finalmente, pero no menos importante se encuentra la dimensión de apoyo instrumental, con ella Sherbourne y Stewart en el 1991, buscan evaluar la existencia de miembros de la familia, amigo u otros, que le brinden provisión de ayuda material o tangible que pueda necesitar en un momento determinado la persona.^{21,24}

Cabe destacar, que el estudio de cada una de estas dimensiones permitirá tener una visión general sobre la percepción que el sujeto tiene acerca del apoyo social con el que cuenta, lo que permite a su vez evaluar si el grado de AS influye sobre otros aspectos como la calidad de vida del sujeto.²⁴

✓ **Apoyo social relacionado a la calidad de vida.**

Dentro de las investigaciones llevadas a cabo el principal objetivo es verificar, por una parte, la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), específicamente si un bajo apoyo social implica peores resultados en la CVRS, y por otra, establecer el peso relativo del apoyo social en la CV de los pacientes.^{19,21,24}

CANCER DE PROSTATA, CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL.

El cáncer de próstata, (CP) supone la segunda causa más frecuente de cáncer y la sexta causa de muerte relacionada con cáncer entre los hombres en el mundo. El número de diagnósticos de CP se está incrementando en los últimos años, de manera que en las últimas estadísticas se refleja que 1 de cada 6 hombres padecerá este tumor en su vida. En los Estados Unidos, la tasa de supervivencia a 5 años de los pacientes con CP metastásico al diagnóstico es del 31%, pero la

tasa de supervivencia es prácticamente del 100% si la enfermedad se diagnostica en estadio localizado.^{19,20,21}

En España la incidencia del CP es de 45,33 casos por cada 100.000 habitantes y ocasiona más de 5.000 muertes al año. Estas cifras sitúan a nuestro país dentro de los países con menor presencia y con menor mortalidad debido a este tumor en comparación con los países occidentales. Sin embargo, se espera que la incidencia siga aumentando y que la prevalencia haga que este tumor represente un importante problema de manejo en nuestra sociedad por la importante merma en la calidad de vida que supone. Los distintos efectos que sobre la calidad de vida de los pacientes pueden tener los tratamientos y la propia enfermedad incluyen la incontinencia urinaria, el sangrado, la toxicidad gastrointestinal y la disfunción eréctil⁵. Un estudio descriptivo de referencia en pacientes con CP evidencio que los principales determinantes de la calidad de vida de estos pacientes derivaban del dolor óseo, la astenia, las alteraciones sexuales y la interrupción frecuente de sus actividades sociales⁶. Todas estas alteraciones funcionales, junto a la propia carga emocional de padecer la enfermedad, ocasionan un profundo y un duradero efecto sobre la calidad de vida de los pacientes.²⁰ La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con CP es un parámetro de gran importancia, tanto en las etapas de la enfermedad localizada por el prolongado período de tiempo que los pacientes van a sufrir las secuelas como en la etapa avanzada con presencia de metástasis en donde los tratamientos presentan un modesto impacto en la supervivencia, pero donde los efectos adversos derivados y los síntomas clínicos de las localizaciones secundarias de la enfermedad pueden tener un impacto clínico importante en el

paciente⁷. En la actualidad se dispone de varios instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de vida de manera específica para los pacientes con CP^{7,19,21}. Se necesitan comparaciones directas entre los distintos instrumentos de medición de la calidad de vida en esta enfermedad para identificar la validez y la extrapolación de los resultados de uno a otro y su aplicación a la práctica diaria. Cada uno de estos instrumentos mide distintas variables de la calidad de vida de los pacientes¹⁷. La interpretación correcta de los resultados de estos test de calidad de vida se ve influenciada por la distinta significación clínica de los distintos parámetros medidos, así como el entrenamiento limitado de los médicos en estos instrumentos⁷. Sin embargo, muchos de estos cuestionarios son adaptaciones traducidas de cuestionarios originales en idioma inglés, pudiendo existir importantes diferencias en la interpretación de estos al ser complementados por los pacientes en España.¹⁷ El conocimiento de la salud psicológica de los hombres con CP es limitado al día de hoy. Sin embargo, la importancia de este parámetro es clave en la salud global del paciente y en la aceptación y tolerancia de los tratamientos. Existen estudios que sugieren un impacto desproporcionado de la afectación de la salud mental respecto a los síntomas clínicos derivados de la enfermedad o de los efectos adversos de los tratamientos en términos de calidad de vida global de los pacientes.^{17,18,19}

El Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata (CAVIPRES) es un cuestionario desarrollado y validado en la población española y en lenguaje español, y constituye en la actualidad una herramienta manejable, fiable, sensible y específica para evaluar la calidad de vida de los pacientes con

CP en España¹⁴. Este cuestionario, a su vez, incorpora aspectos novedosos del tipo expectativas de vida frente a la evolución de la enfermedad y apoyo social y de la pareja, que lo hace diferente del resto de los instrumentos disponibles. Además, el CAVIPRES es adecuado para su utilización en la investigación clínica de la patología prostática oncológica.¹⁹

El CAVIPRES30 se encuentra constituido por 30 preguntas o ítems que analizan 5 dominios distintos: aspectos psicológicos, esperanza y futuro, apoyo social y pareja, vida sexual e información y comunicación. Tras la contestación por parte del paciente del cuestionario se obtiene una puntuación. Cuanto más elevada sea la puntuación mejor es la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con CP. El CAVIPRES-20 representa la versión corta de este con el fin de poder ser aplicado para la actividad clínica diaria. Esta versión consta de 20 preguntas. El CAVIPRES-30 consta de un total de 30 ítems. No se dispone de estudios prospectivos aleatorizados que comparen de manera directa los resultados de los distintos instrumentos disponibles para evaluar la calidad de vida de los pacientes con CP. Se procede a comparar de manera descriptiva las áreas en que se centran cada uno de los cuestionarios disponibles.¹⁹

En el estudio de desarrollo y validación de estos cuestionarios se observó que el 69% de los pacientes consideraban como fácil* el cuestionario en su versión extendida a la hora de responder sus preguntas¹⁴. Asimismo, el 76% de los pacientes invirtió menos de 20 minutos en el llenado del cuestionario en esta versión. Los instrumentos de medida de la calidad de vida específica para pacientes con CP se han centrado principalmente en 5 dominios de salud. El

cuestionario University California Los Angeles-Prostate Cancer Index (UCLA-PCI)¹⁰ fue validado en 1998 y determina las áreas relacionadas con los síntomas urinarios, de la actividad sexual e intestinal. Posteriormente, en el cuestionario Expanded Prostate Cancer Index (EPIC) se añadían subescalas de incontinencia urinaria y de vitalidad¹¹. Existen otros instrumentos que en algunos casos incorporan el análisis de aspectos sociales y de relación del paciente. No es posible la comparación directa de los estudios de calidad de vida en pacientes con CP debido a los múltiples instrumentos de medición de la calidad de vida empleados en estos. Por esto, es clave el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de vida de estos pacientes que sean lo más homogéneos posibles²¹. De los 6 cuestionarios internacionales adaptados analizados, la mitad de estos (UCLA-PCI¹⁰, EPIC¹¹ y Quality of Life Module-Prostate Cancer¹⁴[QOLM-P14]¹³) no contemplan en ninguno de sus ítems o dominios aspectos sociales o psicológicos de los pacientes. El número de ítems oscila en un rango entre 10 en el cuestionario Prostate Quality of Life Index (PROSQOLI)¹² y 46 en el cuestionario European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-PR²⁵⁹. Así mismo, el número de dominios distintos del cuestionario varía en un rango de 5 (Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate⁸, EPIC¹¹, QOLM-P14¹³ y CAVIPRES¹⁴) a 9 en el cuestionario PROSQOLI¹².¹⁹

El espacio temporal al que se hace referencia a la hora de contestar las preguntas del cuestionario también puede hacer variar el resultado de los test. De este modo, existen cuestionarios que únicamente interrogan al paciente por fenómenos

relacionados con su calidad de vida en las últimas 24 horas (PROSQOLI12), mientras que la mayoría hacen referencia a la última semana (Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-PR259 y QOLM-P1413) o a las últimas cuatro semanas (UCLA-PCI10, EPIC11 y CAVIPRES14).¹⁹

Como se puede ver al comparar las distintas propiedades de los cuestionarios, el peso de los aspectos sociales/familiares y, principalmente, de la percepción del paciente de la vida frente a la evolución de la enfermedad (esperanza y futuro) es mayor en el CAVIPRES frente al resto, por lo cual se decide aplicar para esta investigación ^{17,19}

Otro punto relevante a tratar es el apoyo social percibido por el paciente, posterior a el diagnóstico de cáncer puede cursar por una serie de etapas, citando a la Dra Kubler- Ross quien distingue seis etapas 1 y 2 negación y aislamiento: se trata de un periodo defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da la oportunidad para que otros mecanismos de defensa de la personalidad salgan a flote, estos avances son sanos y apropiados y a veces no lo son, 3. Ira: implica un proceso de proyección de sentimientos de difícil manejo para el enfermo y para sus familiares: rabia, envidia, resentimiento, ya que es una manera de expresar sentimientos terribles como dolor y miedo. 4. Negociación: es una etapa que se da por accesos breves pero progresivos en las que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconscientes de castigo y culpa, 5. Depresión: es el estado afectivo que sigue y tiene dos principales componentes el reactivo secundario al propio proceso y el anticipatorio, se dirige a la muerte. 6 Aceptación: cuando el

paciente llega a esta etapa habiendo vivido su proceso se tiene una de las experiencias formativas y de mayor semejanza.^{17,19,20}

En este proceso adaptativo de la enfermedad pueden presentarse desequilibrios emocionales lo cual puede terminar en problemas psiquiátricos. Al momento del diagnóstico se pueden desencadenar problemas físicos, sociales, psicológicos que influyen en la adaptación de los pacientes y la calidad de vida. En estas circunstancias, aumenta la necesidad de apoyo social y familiar por parte del enfermo, siendo uno de los recursos personales más importantes para sobrellevar el efecto de la enfermedad.^{19,20}

El apoyo familiar es la acción fundamental en el enfermo de cáncer que se refiere principalmente a la demostración de amor, cariño, y a pertenencia a un grupo por parte de la familia, ayudando a reducir el malestar emocional y permitiendo además mejorar las relaciones interpersonales.²⁰

El apoyo familiar percibido entendido como la valoración cognitiva de estar conectado con los demás, es decir la percepción de que es amado, supone una acción que promueve la salud y alivia el impacto de la enfermedad. Este ha demostrado ser más importante y tener más impacto en la salud y bienestar con el apoyo familiar que se recibe; ya que facilita al enfermo la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad; promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer.^{19,20}

El apoyo familiar percibido, influye de manera favorable en la adaptación de los pacientes oncológicos ya que guarda relación con niveles menores de ansiedad, depresión y experiencia del dolor.²⁰

Los pacientes con cáncer pueden sentirse aislados, ansiosos, enojados y deprimidos. Estos sentimientos pueden influir negativamente en la percepción del dolor por parte del paciente y en su capacidad para tratarlo. Contar con alguien que lo escuche y le preste apoyo, puede aliviar estos sentimientos y contribuir a sobrellevar el dolor y otros síntomas físicos, el cual muchos de estos problemas pueden tratarse coordinando esfuerzos entre las familias que los cuidan.^{19,20}

El paciente y su familia deben ser considerados como una unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles²⁰

El objetivo final del apoyo familiar es que los familiares logren la comprensión profunda de la enfermedad que padecen, así como su impacto físico y emocional, de forma que puedan encontrar un equilibrio del cuerpo y la mente, para que se correlacionen y puedan mantener una calidad de vida.²⁴

El éxito del apoyo familiar que se le brinda al enfermo de cáncer de próstata se refleja en la evolución de su estado de ánimo, su disposición para seguir con su tratamiento farmacológico y la aceptación el problema. Se conoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la

mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.^{20,24}

En un estudio realizado en el 2001 Cuervo y ets refiere que las fuentes de apoyo que prevalecen son: la esposa (26.4%), el esposo e hijos (24.5%) respectivamente.^{21,24}

INSTRUMENTO DE EVALUCACIÓN

CUESTIONARIO CAVIPRES PARA CALIDAD DE VIDA

El CAVIPRES ha sido desarrollado y validado en más de 1.200 pacientes españoles en 3 fases durante 3 años¹⁴. Se demostró la existencia de una buena correlación entre los niveles de calidad de vida proporcionados por este instrumento en comparación con otras herramientas, tanto de nivel de calidad de vida general (SGF-36) como específicos para CP (UCLA-PCI). Actualmente, se considera que el instrumento de medición de calidad de vida del CAVIPRES es factible de aplicar, fiable y sensible al cambio y es, por tanto, útil tanto en la práctica clínica diaria como en la investigación clínica. El CAVIPRES consta de 20 o de 30 preguntas, según se requiera la versión corta o la expandida. Los ítems o preguntas se dividen en 5 dominios del paciente que se corresponden a aspectos psicológicos, esperanza y futuro, vida sexual, apoyo social y pareja e información y comunicación.²¹ En la versión corta existen 4 ítems para definir los dominios psicológicos, 3 para definir la esperanza y el futuro, 3 para la vida sexual, 5 para el apoyo social y de pareja y otros 5 para definir los dominios de información y comunicación. La versión expandida consta de 8 ítems para tratar de definir los

dominios psicológicos, 4 para la esperanza y futuro, 6 ítems para la vida sexual, 6 para el apoyo social y la pareja, y de nuevo 6 ítems para tratar de evaluar el dominio de información y documentación. ²¹Los 4 dominios contienen preguntas con opciones de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos (1¼ siempre* y 5¼ nunca*). A mayor puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del paciente. Existen dos dominios que son novedosos y característicos del CAVIPRES frente al resto de los cuestionarios adaptados disponibles; uno es el dominio del apoyo social y de pareja que ahonda en el impacto del CP en el entorno inmediato del paciente, mientras que el otro dominio está destinado a evaluar las percepciones del paciente relacionadas con sus expectativas de vida frente a la evolución de la enfermedad (esperanza y futuro). El cuestionario es altamente fiable, de acuerdo con los datos del coeficiente alfa de Cronbach obtenido ($r = 0,77$) para la puntuación global y para cada uno de sus dominios. Asimismo, el CAVIPRES ha demostrado una elevada reproductibilidad test- retest, obteniendo un coeficiente interclase de 0,9214.²¹

El CAVIPRES representa un instrumento propio, cuyo desarrollo intenta cubrir todas las esferas sensibles de impactar en la calidad de vida del paciente. A pesar de todo, la aplicación de los cuestionarios de calidad de vida de los pacientes de CP continúa pendiente de determinar. De hecho, el estado de salud de los pacientes se ve más influenciado por la función física, mientras que la calidad de vida global de los pacientes parece afectarse más por el estado emocional. Conseguir una concordancia entre el estado de salud percibido y la calidad de vida global debe ser nuestro principal objetivo en la investigación²¹

CUESTIONARIO DE MOS DE APOYO SOCIAL

El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y cols. en 1991, a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas. Los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso.²⁴

El apoyo social debe ser visto como un proceso complejo que implica una interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales (Heller y Swindle, 1983). Se refiere a la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido (Barrón, 1996). Es considerado como moderador de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Lin y Ensel, 1989; 1986), y como variable de gran relevancia en los procesos de salud- enfermedad que favorece los procesos de adaptación personal, familiar, escolar y social (Aranda, Pando y Aldrete, 2002; Jiménez, Musitu y Murgui, 2006; Martín y Dávila, 2008; Rodrigo y Byrne, 2011).²⁴

Las características más relevantes de una red que brinda apoyo social son el tamaño, la fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión (Lin, Dean y Ensel, 1986; Pérez, 1999; Rodríguez, 1995; Sarason y Sarason, 1996; Shinn, Lechmann y Wong, 1984; Thoits, 1982).^{20,24}

Como constructo, se le conceptualiza el apoyo social desde dos dimensiones: la estructural y la funcional (Gottlieb, 1983). La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la utilidad que ésta tiene. El apoyo funcional, por su parte, se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos: a) emocionales: donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza; b)

instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; y c) informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema (Antonucci e Israel, 1986; Cobb, 1976; Gottlieb, 1983; House, 1981).²⁴

ESCALA DE MOS

Por su parte, el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne y Stewart, 1991), diseñado como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, ha mostrado una adecuada variabilidad de los ítems.

El instrumento evalúa los siguientes componentes:

- a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares);
- b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos;
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo;
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

Los autores del instrumento reportaron una matriz correlacional con ítems superpuestos entre las escalas Apoyo afectivo y Apoyo informacional, lo que condujo a la combinación de los ítems en un factor denominado apoyo emocional/informacional. El análisis factorial confirmatorio produjo resultados similares²⁴. Los componentes principales soportaron los 19 ítems para las 4 subescalas: apoyo emocional/informacional ($k = 8$, $\alpha .96$), apoyo instrumental ($k =$

4, α .92), interacción positiva ($k = 3$, α .94), apoyo afectivo ($k = 3$, α .91) (Sherbourne y Stewart, 1991).²⁴

Una de las investigaciones sobre la validación de la prueba MOS fue realizada en España por Costa y Gil (2007) en personas con cáncer. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes ambulatorios. Se realizó el análisis unifactorial y se compararon las medias de las dimensiones del cuestionario con otras variables, tal como tamaño de la red social, sexo y edad. Del análisis factorial extrajeron 3 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento, interacción social positiva, la incluyeron dentro de la dimensión de apoyo emocional/informacional. En la comparación de medias de las dimensiones de la escala con el tamaño de la red social, sexo y edad, se concluyó que cuanto mayor es el tamaño de la red social mayor es la percepción de apoyo social que se recibe. Por otra parte, los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. Además, en el estudio la edad no aportó diferencias respecto a la percepción del tipo de apoyo social que recibían. Por último, la investigación determinó que el cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento válido para medir gran parte de la multidimensionalidad del constructo.^{20,24}

Un segundo estudio fue realizado en Argentina por Rodríguez y Enrique (2007), quienes validaron el instrumento con 375 participantes. En el estudio se implementó el análisis factorial exploratorio para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, y se determinó que la totalidad de los ítems

presentaban una distribución en tres factores. El primer factor fue denominado como consejo y confianza, el cual incluía el apoyo informacional/emocional y la interacción social positiva. El segundo factor fue el apoyo afectivo y el tercer factor fue el apoyo instrumental, tal cual como la versión original. El estudio consideró que el cuestionario MOS era un instrumento válido y confiable para tener una visión multidimensional del apoyo social y que tenía aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social.²⁴

La validación en Portugal fue realizada por Alonso, Montes, Menéndez y Graça (2007), con una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas de un centro de salud rural. El alfa de Crombach pretest estuvo entre .87 y .967, y posttest entre .862 y .972. Se realizó análisis exploratorio y confirmatorio, validando el modelo de los cuatro componentes. En la investigación se concluyó que el cuestionario MOS versión Portuguesa contaba con buenas propiedades psicométricas para medir y evaluar los aspectos multidimensionales del apoyo social en población portuguesa.²⁴ En China, se realizó la validación del instrumento por Yu, Lee y Woo (2004) con 110 pacientes. El análisis factorial confirmatorio demostró que los cuatro factores del MOS miden los aspectos funcionales del apoyo social percibido. El alfa de Cronbach de las subescalas estuvo entre 0.93 y 0.96. A las dos semanas se realizó un test-retest del MOS para medir la confiabilidad, el cual reportó un coeficiente de correlación intraclases de 0.84. El estudio concluyó que el MOS es psicométrica y multidimensionalmente sólido en la medición y evaluación de los aspectos funcionales del apoyo social percibido en población China con enfermedad crónica.²⁴

Los antecedentes investigativos sobre la validación del instrumento en otros países soportan y afianzan la calidad del instrumento con buenas propiedades psicométricas y estructurales. Sin embargo, los estudios en gran medida han analizado la prueba en población enferma.²⁴

Una validación en población normal de un rango de regiones, edades, y nivel educativos podría favorecer su uso en diferentes líneas de investigación, y no solo la aplicada a la psicología de la salud, si no la psicología social y comunitaria, la psicología educativa y del desarrollo, entre otras.²⁴

La prueba mide el apoyo social tanto en su dimensión estructural como funcional, con énfasis en el apoyo funcional percibido, aspecto que ha sido considerado por Gottlieb (1983) de suma importancia para medir apoyo social. El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos (Alonso, 2007; Costa y Gil, 2007; Rodríguez, 2007; Ruiz, 2005; Yu, 2004). Se empleó el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala y en cada uno de los 4 factores se obtuvieron valores cercanos a 1, lo que corroboró la consistencia de la prueba. La escala tuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .941 para el total de la misma.²⁴

El cuestionario de MOS consta de 20 ítems, salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social.²⁴

Los 19 ítems restantes recogen valores de cuatro dimensiones del apoyo social

funcional:

*Apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19)

*Apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15),

*Interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18)

*Apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

*Apoyo emocional: Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

*Ayuda material o instrumental: Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

*Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

*Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.²⁴

INTERPRETACION

- ✚ El apoyo social es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos
- ✚ Habrá falta de apoyo emocional cuando la puntuación sea menor a 24 puntos
- ✚ Habrá falta de apoyo instrumental cuando la puntuación sea menor a 12 puntos
- ✚ Habrá falta de interacción social cuando la puntuación sea menos a 12 puntos
- ✚ Habrá falta de apoyo afectivo cuando la puntuación sea menor a 9 puntos.

JUSTIFICACIÓN

El Cáncer de Próstata es un problema de salud mundial , por su alta incidencia e prevalencia, ya que representa un problema mayor en el contexto de la sanidad en nuestro entorno. Los efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento de cáncer de próstata generan un impacto sobre la Calidad de Vida del enfermo. Este impacto se caracteriza por ser continuo y regresivo hasta generar una situación de dependencia. En este contexto el objetivo prioritario de la intervención sociosanitaria es mejorar la calidad de vida relacionada a la salud del hombre mayor con cáncer de próstata.²⁷

La calidad de vida relacionada a la salud es un concepto multidimensional subjetivo, dinámico y de paradigma modular. En la enfermedad del cáncer, el concepto calidad de vida relacionada a la salud corresponde a la experiencia subjetiva de la enfermedad, en relación a las expectativas, valores e intereses de la persona enferma. La atención sanitaria debe diseñar e implementar programas de intervención complementaria con un enfoque holístico. Estos programas deben conseguir adaptarse a las necesidades multidimensionales del enfermo, incluyendo: el nivel físico, psicológico, social, emocional y espiritual en el continuo de la enfermedad y el tratamiento de la enfermedad.²⁷

Las cifras globales poblacionales de pacientes con CP con una mediana de supervivencia relativamente alta hace plantearnos seriamente la calidad de vida que van a presentar estos pacientes en los años que van a convivir con su enfermedad y aunado a ello el apoyo social recibido que ayude a enfrentar esta

enfermedad de la mejor manera posible, ya que se ha visto en investigaciones que estos pacientes son motivados por el apoyo que perciben de sus seres queridos.²⁷

A pesar de que es sabido la importancia de la calidad de vida relacionada a la salud y el apoyo social recibido sobre el pronóstico de las enfermedades en especial de cáncer de próstata, patología que por si misma afecta dicha calidad, se debería de establecer factores asociados sociales como el apoyo social que serian una herramienta para incidir sobre la calidad de estos pacientes, sin embargo no existe evidencia científica en el país que pueda dar razón a dicha aseveración, por lo cual quiero realizar esta investigación, pretendiendo reconocer la prevalencia de ésta patología en la UMF 21, y sentar las bases para realizar acciones individuales y poblacionales para brindar una mejor calidad de vida a pacientes con esta enfermedad de manera integral, sin dejar a un lado la familia quien juega un papel importante para conseguir dicho objetivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



El Cáncer de próstata es una enfermedad crónica con la cual, el paciente que la padece tendrá que vivir el resto de su vida, la enfermedad por sí sola, no es lo más duro con lo que el paciente tendrá que enfrentarse, sino con la forma en que percibe los cambios en su entorno, y por tanto, en su calidad de vida relacionada a la salud.^{17,20}

Cabe destacar, que esta última se ve afectada por diversos factores, entre ellos la percepción de apoyo social que el sujeto tenga, puesto que la creación de un clima social de apoyo parece ser fundamental para cualquier planteamiento preventivo o de rehabilitación, surgiendo de allí su importancia con relación a la calidad de vida.

Por otra parte, varios autores se han interesado en investigar la relación entre los constructos mencionados anteriormente, entre ellos destaca el trabajo realizado por Alvis et al. (2009), quienes encontraron que el presentar una calidad de vida baja relacionada con la salud y tener bajo apoyo social se relacionaba con la falta de adherencia al tratamiento establecido.^{19,20}

Es importante mencionar, que en Venezuela se llevó a cabo un estudio en el que se encontró que el apoyo social se asoció significativamente con todos los dominios de la CVRS, excepto con el funcionamiento físico y el dolor corporal. Para esto se utilizaron instrumentos como el COVIPRES para evaluar la CV, y una lista de evaluación de soporte interpersonal para medir el AS.²⁰

Igualmente, Urzúa (2008), a través de un estudio evaluó la calidad de vida y su relación con factores psicosociales, obteniendo como resultados que el apoyo

social, tanto objetivo como subjetivo, no se mostraron influyentes en la CV de la población afectada por una patología crónica. Además, el autor manifiesta que dicha ausencia de vinculación puede deberse a que el vínculo de apoyo social y CV es independiente de la presencia o ausencia de una enfermedad, aun cuando el sentido común puede llevar a pensar que una persona que padece una enfermedad para toda la vida percibiría que tiene una mayor CV si sintiese que tiene apoyo social.²⁰

En base a los diferentes resultados obtenidos mediante las investigaciones en las que se busca estudiar la relación entre la calidad de vida y el apoyo social, algunos autores afirman que existe inconsistencia en la vinculación que se ha hecho de algunas variables psicológicas y sociales con la calidad de vida.^{19,20}

Tales inconsistencias pueden deberse a las diferencias en cuanto a los métodos de investigaciones empleados, ya que en algunos casos resultan ser estudios longitudinales, mientras que otras se han llevado a cabo con un corte trasversal.

Además, la diversidad y diferencia de instrumentos empleados para medir empíricamente las variables estudiadas, podría explicar la variación de resultados obtenidos, ya que en algunos casos los cuestionarios miden las variables teniendo en cuenta diversas dimensiones. Tomando en consideración la inconsistencia de resultados obtenidos en las diversos estudios citados, surge como interrogante de investigación si realmente

¿Existe relación entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con Cáncer de próstata?, ya que resolver esta incógnita permitiría la actualización de datos referentes al tema que ayuden a tener una visión más clara de lo que se estudia. Además, el aporte de este tipo de información permitiría llevar a cabo la

elaboración de planes de apoyo social tanto a nivel familiar como de grupos de ayuda que permitan y garanticen el aumento de la calidad de vida de pacientes portadores de cáncer de próstata.

Por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe asociación entre calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social en pacientes con Cáncer de próstata adscritos en la UMF 21?

OBJETIVO: Determinar la Asociación de calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata en la UMF 21 año 2013

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de próstata
- Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionada a la salud
- Evaluar el apoyo social percibido por los pacientes de cáncer de próstata
- Describir los niveles apoyo social percibido por los pacientes de cáncer de próstata
- Describir variables sociodemográficas en los pacientes con Cáncer de próstata

HIPOTESIS METODOLÓGICA

*Si existe asociación entre calidad de vida y apoyo social en pacientes con Cáncer de Próstata adscritos a la UMF 21 *

HIPOTESIS ESTADISTICA:

$H_0 : H_1 = H_2$

No existe diferencia estadística entre la calidad de vida relacionada a la salud y el apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de la UMF No 21.

$H_A : H_1 \neq H_2$

Si existe diferencia estadística entre la calidad de vida relacionada a la salud con el apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de la UMF No 21.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICIÓN



VARIABLES:

- a. **INDEPENDIENTE:** Apoyo Social
- b. **DEPENDIENTE:** Calidad de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGIA	CUALITATIVA CUANTITATIVA	NOMINAL ORDINAL	INDICADOR
Calidad de vida	Se refiere a la evaluación que hace el paciente y la satisfacción que posee con su nivel de funcionalidad y con respecto a lo que percibe y considera como ideal posible. Es importante destacar, que dicha percepción puede variar con el tiempo, debido a que tanto sus aspiraciones como expectativas van cambiando constantemente, y también porque cada persona hace una valoración diferente de una determinada circunstancia.	Puntaje obtenido tras la aplicación del instrumento de evaluación CAVIPRES para pacientes con cáncer de próstata evaluando: 1.-Aspecto psicológico 2.-Esperanza y futuro. 3.-Vida Sexual 4.-Apoyo social y pareja 5.-Información y educación, con la siguiente escala: 1-Siempre 2.-Muchas veces 3.-La mitad de las veces 4.- Pocas veces 5.-Nunca	Puntos	Cualitativa	Nominal	1.-Apoyo psicológico: -Malos≤5. -Regular:51-69 -Buena: 70-89 -Muy Buena:≥90 2.-Esperanza y Futuro: -Malo≤5. -Regular:51-69 -Buena: 70-89 -Muy Buena:≥90 3.-Vida Sexual: -Malos≤5. -Regular:51-69 -Buena: 70-89 -Muy Buena:≥90 4.-Apoyo social y pareja: -Malo≤5. -Regular:51-69 -Buena: 70-89 -Muy Buena:≥90 5.-Información y educación: -Malos≤5. -Regular:51-69 -Buena: 70-89 -Muy Buena:≥90
Apoyo Social	proceso interactivo, gracias al cual, el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto. Además, de ser un factor importante para prevenir o	Puntaje obtenido tras la aplicación del cuestionario MOS de apoyo social Evaluando: *Apoyo emocional: expresión de afecto y comprensión empática, así	Puntos	Cualitativa	Nominal	El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19 1.-El apoyo social es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos

	mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes (enfermedades), tanto de forma directa como mediante un mecanismo amortiguador	como también la oferta de consejo e información *Apoyo instrumental: la provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir el consultado *Apoyo de interacción social positiva: Posibilidad de contar con personas para Comunicarse Apoyo afectivo: demostraciones reales de amor, cariño o empatía				2.-Habrà falta de apoyo emocional cuando la puntuación sea menor a 24 puntos 3.-Habrà falta de apoyo instrumental cuando la puntuación sea menor a 12 puntos 4.-Habrà falta de interacción social cuando la puntuación sea menos a 12 puntos 5.-Habrà falta de apoyo afectivo cuando la puntuación sea menor a 9 puntos.
--	--	--	--	--	--	---

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA	TIPO	INDICADOR
Edad	Al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años cumplidos que refiere el paciente y los registrados en el expediente electrónico.	CUANTITATIVA	Cuantitativa discreta	Años cumplidos referidos por el paciente
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel escolar referido por el (la) paciente y el registrado en el expediente electrónico	CUALITATIVA	Ordinal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Licenciatura 6.-Postgrado
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina	Referido por el paciente y registrado en el expediente en la historia clínica	CUALITATIVA	Dicotómica	1.- Si 2.-No
Alimentación	Es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas	Referida por el paciente y registrada en el expediente electrónico	CUALITATIVA	POLITÓMICA	1.-Buena 2.-Regular 3.-Mala

	que necesita.				
Antecedentes Familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia.	Referidos por el paciente y registrados en el expediente electrónico	CUALITATIVA	POLITÓMICA	1.-SI 2.-NO
Metástasis	Es el proceso de propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática	Propagación de foco canceroso observado mediante gammagrama óseo, el cual es solicitado al paciente	CUALITATIVA	Nominal	1.-SI 2.-NO

METODOLOGIA

DESCRIPCIÓN

1. Se realizó una revisión sistemática de la literatura (PUBMED) con los términos MESH
2. El presente estudio se realizó en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación 4 sur de la ciudad de México durante los meses de Marzo a Diciembre 2013. Utilizándose muestreo probabilístico, aleatorio simple a partir de una muestra formulada para una proporción. Con el objetivo de determinar la asociación entre calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social en pacientes con Cáncer de Próstata,
3. Se realizó un estudio transversal analítico, retrospectivo, prolectivo
4. Se utilizara los instrumentos validados a nivel mundial y nacional. CAVEPRIS, que mide calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de próstata y MOS para evaluar apoyo emocional, instrumentos auto aplicables.
5. El protocolo se someterá al comité de ética e investigación local, donde se aprobara con previo número de registro.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenida la autorización por parte del Director y por el comité de investigación de la UMF 21, se procedió de la mejor manera y respetando los lineamientos éticos a recolectar la información.

MATERIAL Y METODOS



TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

El tipo de estudio que se pretende realizar es un estudio Transversal analítico, retrospectivo, (estudio que se desarrolla en un solo momento, en donde el investigador no manipula variables), en pacientes con Cáncer de Próstata adscritos en la UMF No 21

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

- a) **Lugar de estudio:** El estudio será realizado en la Unidad de Medicina Familiar No 21 del Distrito Federal
- b) **Población de estudio:** Pacientes con cáncer de próstata adscritos en la UMF 21
- c) **Fuente de información:** Cuestionario CAVIPRES para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata
Cuestionario Mos de Apoyo Social
- d) **Periodo del estudio:** Marzo a Diciembre del 2013.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes con diagnóstico de Cáncer de próstata
2. Pacientes con vigencia en la UMF 21
3. Pacientes que acepten participar en el estudio
4. Ambos turnos
5. Acudan a consulta externa en la UMF 21
6. Que sepan leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Pacientes con otra patología prostática (prostatitis, HPB)
- 2.-Pacientes que respondan de manera incompleta el cuestionario
- 3.- Pacientes con Cáncer primario en otro sitio distinto a próstata

ESTRATEGIA DE MUESTREO



a) **TAMAÑO DE MUESTRA.** Total de 897 pacientes en la UMF 21 con Cáncer de Próstata

b) **TIPO DE MUESTREO:** Probabilístico

Formula: Para determinar el tamaño de muestra se acudió a el servicio de ARIMAC para conocer la totalidad de las personas con diagnóstico de cáncer de próstata adscritos a la UMF 21, se determino por medio de la formula de proporciones para una población finita de la siguiente manera:

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

Fórmula 1. Tamaño de muestra para una proporción. Población finita.

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$N = \frac{(897)(3.84)(0.05)(0.95)}{(0.04)(896) + 3.84(0.05)(0.95)} = \frac{163.61}{188.48} =$$

86

ANALISIS ESTADISTICO

Una vez recolectada esta información se realizó una base de datos en el software SPSS versión 20 realizando estadística descriptiva (media, Desviación estándar) y porcentaje dependiendo el tipo de variables, posteriormente se realizó un análisis descriptivo, un análisis bivariado para relacionar calidad de vida y el apoyo social, se utilizara estadística diferencial según la naturaleza de las variables (X^2 , U de Mann Whitney), y finalmente análisis multivariado a partir de una regresión logística múltiple. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- 1) Paciente que quiera participar en el estudio
- 2) El propio investigador
- 3) Asesores metodológico

RECURSOS MATERIALES

- 1) Computadora
- 2) Programa SPSS 20
- 3) Papelería

RECURSOS FINANCIEROS

- 1) Financiamiento del propio investigador

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se requiere ya que es un estudio transversal analítico retrospectivo

RESULTADOS

Se recolecto una muestra de **86** pacientes de los cuales no se elimino ningún caso. Con lo que se cumplió el **100%** de la muestra programada.

Las características de la población de estudio son las siguientes. La media de edad es de **73.23** con una DE de **2.6**. El estado civil que más predomino fue de casado con una proporción del **84.88%** de la población. La escolaridad predominante fue de primaria en un **50%** de la población. La ocupación con mayor proporción fue la de empleado con una **41.9%**.

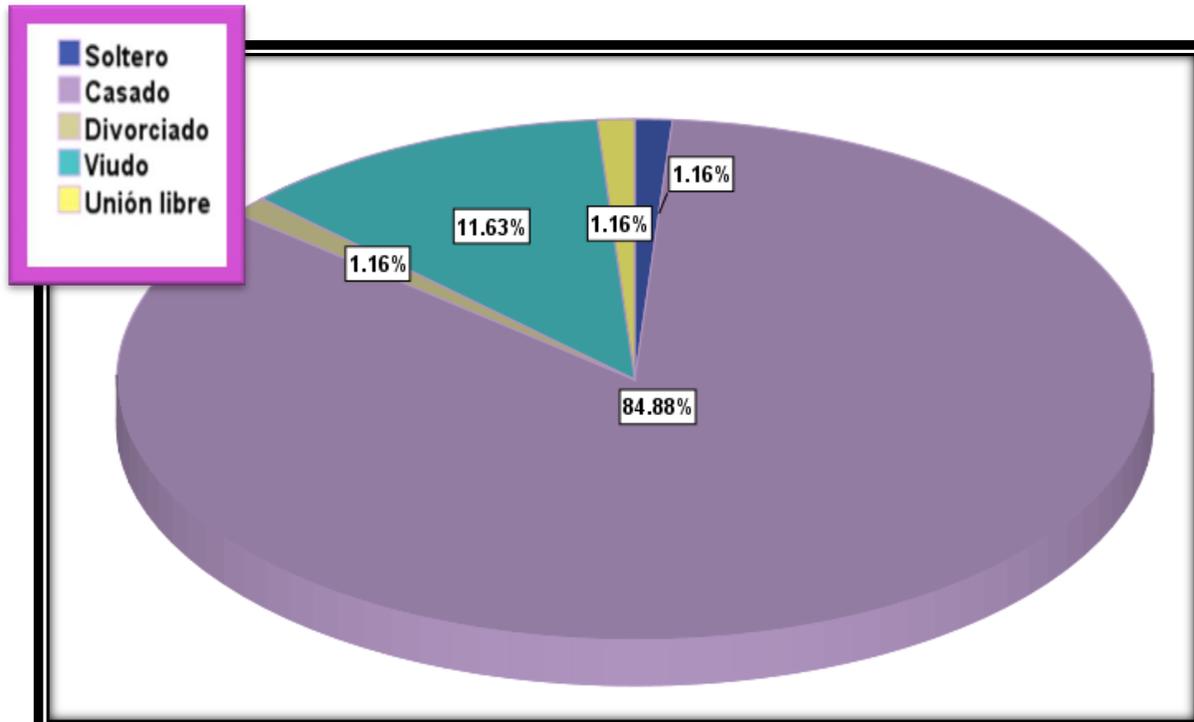
TABLA 1: PREVALENCIA DE EDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21

VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	MODA	D.E.
EDAD	73.23	74	66	2.6

TABLA 2: PREVALENCIA ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 AÑO 2013

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Soltero	1	1.16%	1.2%	1.2%
Casado	73	84.88%	84.9%	86.0%
Divorciado	1	1.16%	1.2%	87.2%
Viudo	10	11.63%	11.6%	98.8%
Unión Libre	1	1.16%	1.2%	100%
TOTAL	86	100%	100%	

GRAFICO 2: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR ESTADO CIVIL

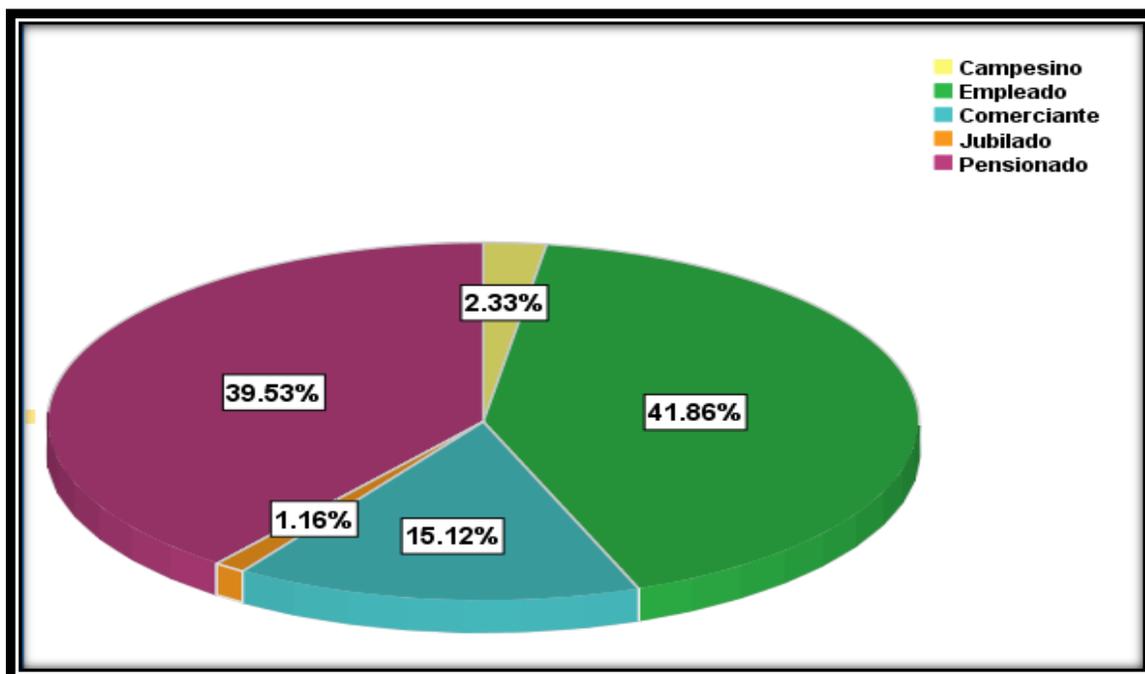


FUENTE: Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 AÑO 2013

TABLA 3: OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Campesino	2	2.3%	2.3%	2.3%
Empleado	56	41.9%	41.9%	44.2%
Comerciante	13	15.1%	15.1%	59.3%
Jubilado	1	1.2%	1.2%	60.5%
Pensionado	34	39.5%	39.5%	100%
Total	86	100%	100%	

GRAFICO 3: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR OCUPACIÓN

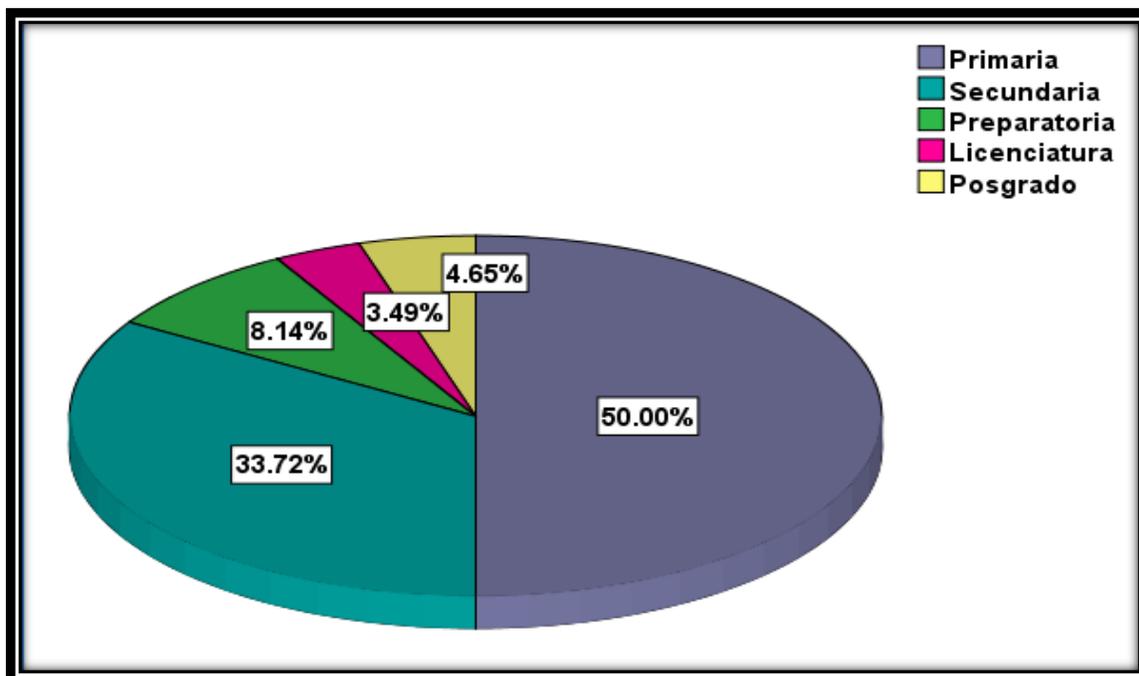


FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

TABLA 4: ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA	43	50.0%	50.0%	50.0%
SECUNDARIA	29	33.7%	33.7%	83.7%
PREPARATORIA	7	8.1%	8.1%	91.9%
LICENCIATURA	3	3.5%	3.5%	95.3%
POSGRADO	4	4.7%	4.7%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 4: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR ESCOLARIDAD

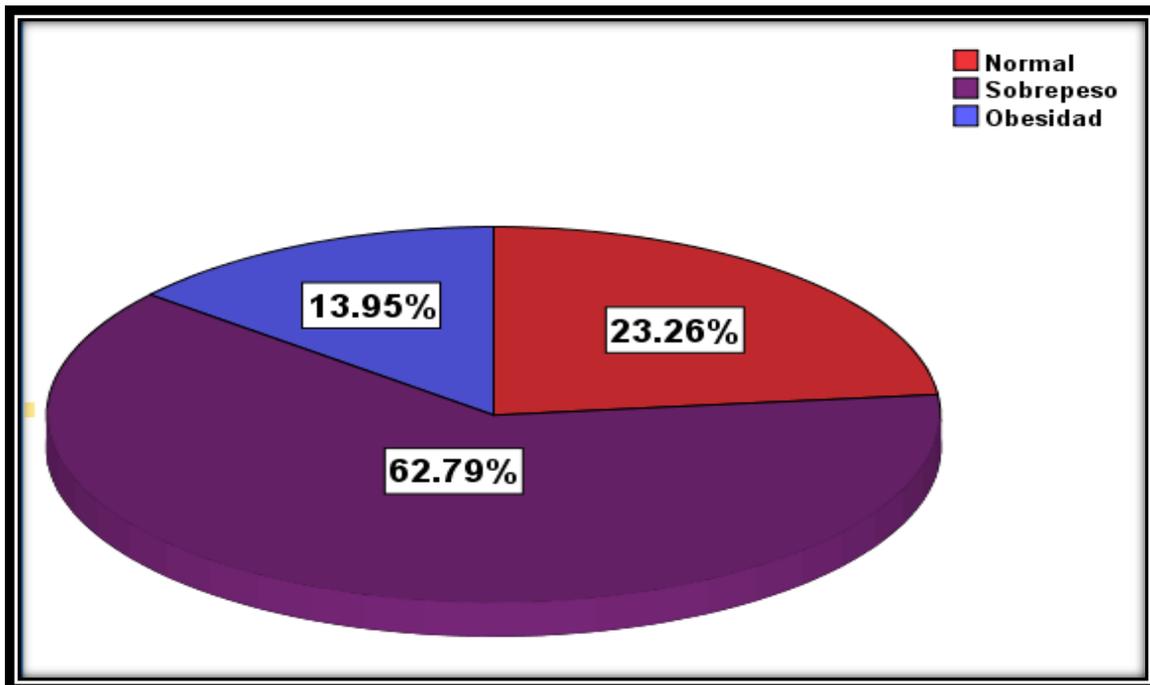


FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

TABLA 5: DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UMF No21 2013

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
NORMAL	20	23.3%	23.3%	23.3%
SOBREPESO	54	62.8%	62.8%	68.0%
OBESIDAD	12	14.0%	14.0%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 5: POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A ESTADO NUTRICIONAL.



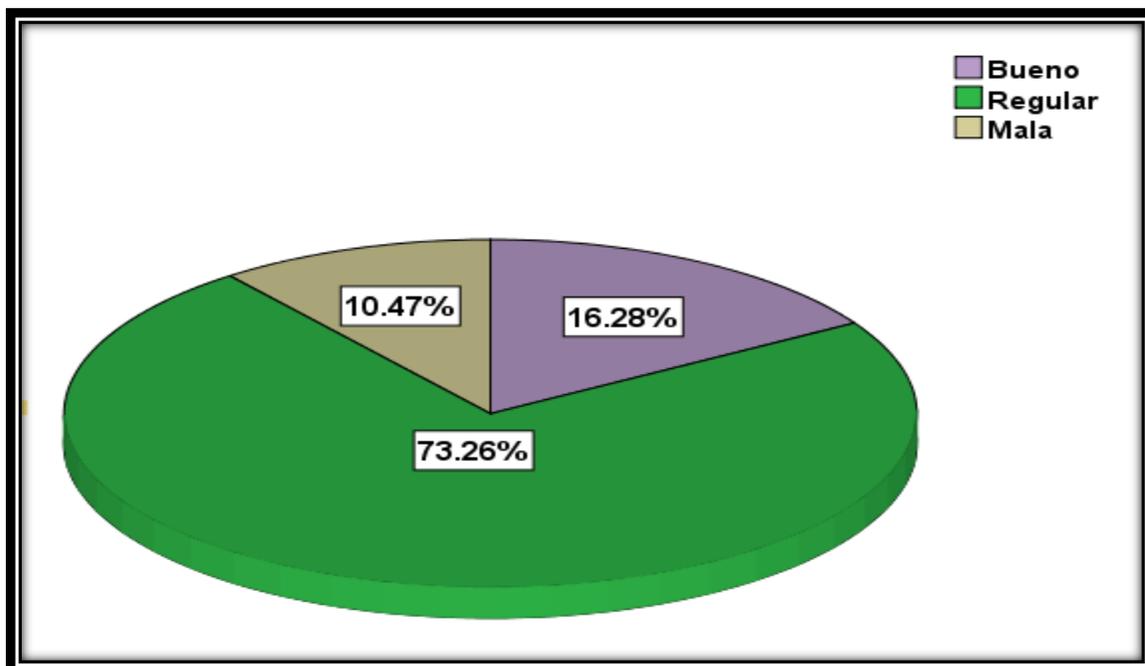
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

*Con respecto al estado nutricional basados en el IMC, de la población en estudio, encontramos la mayor prevalencia en sobrepeso con **62.79%**, seguido de peso normal con **23.26%**, y en menor porcentaje encontramos obesidad con un **13.95%**.

TABLA 6: ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENO	14	16.3%	16.3%	16.3%
REGULAR	63	73.3%	73.3%	89.5%
MALA	9	10.5%	10.5%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 6: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR ALIMENTACIÓN.



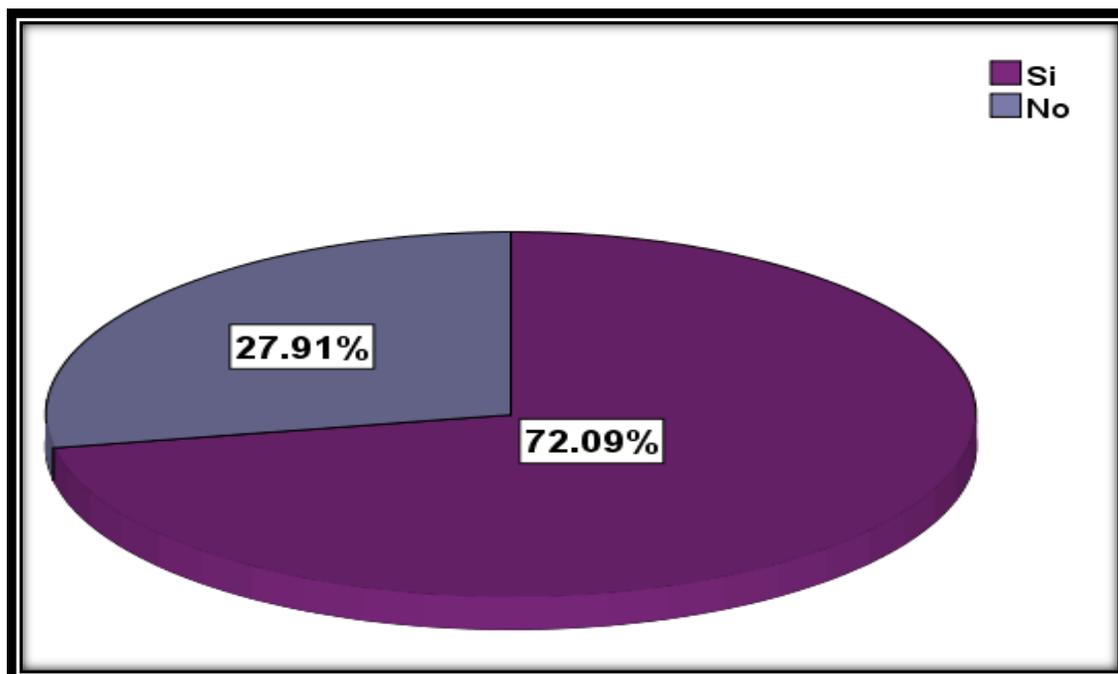
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Se evaluó la alimentación de acuerdo al test de nutrición de la OMS encontrando que solo el **16.28 %** de la población tienen una buena alimentación. Aquí observamos que existe una probabilidad del **83.73%** de que la población tenga una mala alimentación. .

TABLA 7: TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	62	72.1%	72.1%	72.1%
NO	24	27.9%	27.9%	100.0%
TOTAL	86	86%	100.0%	

GRAFICO 7: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR TABAQUISMO



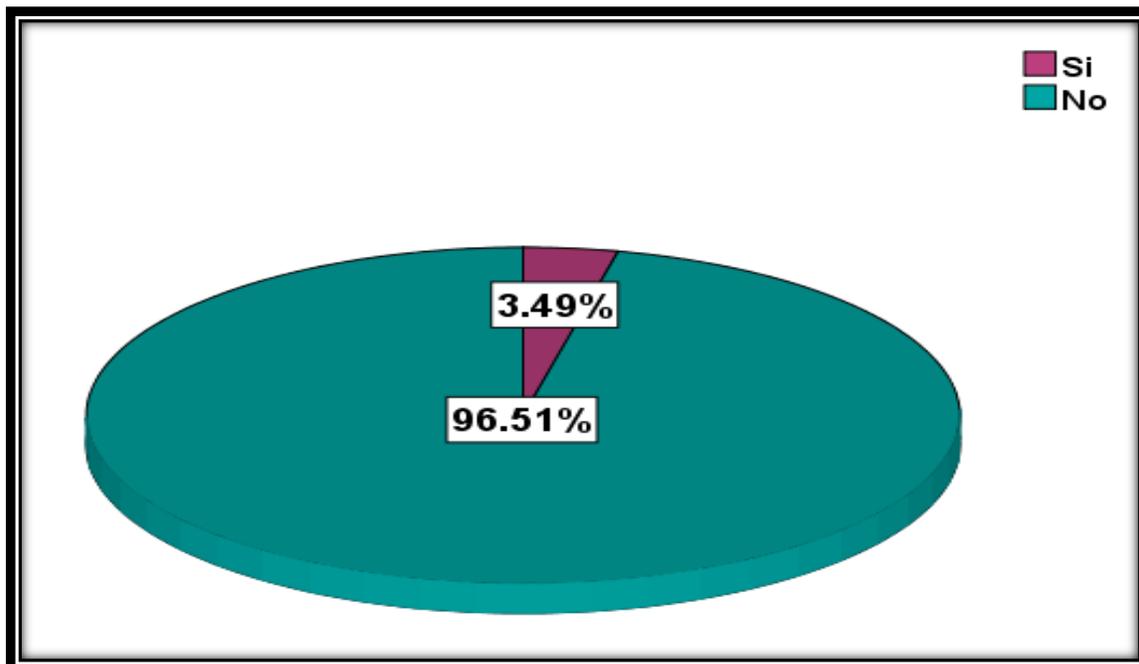
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

*Con respecto a la variable tabaquismo encontramos una proporción de **72.09%** de la población con tabaquismo positivo.

TABLA 8: ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES PARA CANCER DE PROSTATA EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

AHF	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	3	3.5%	3.5%	3.5%
NO	83	96.6%	96.5%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 8: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES



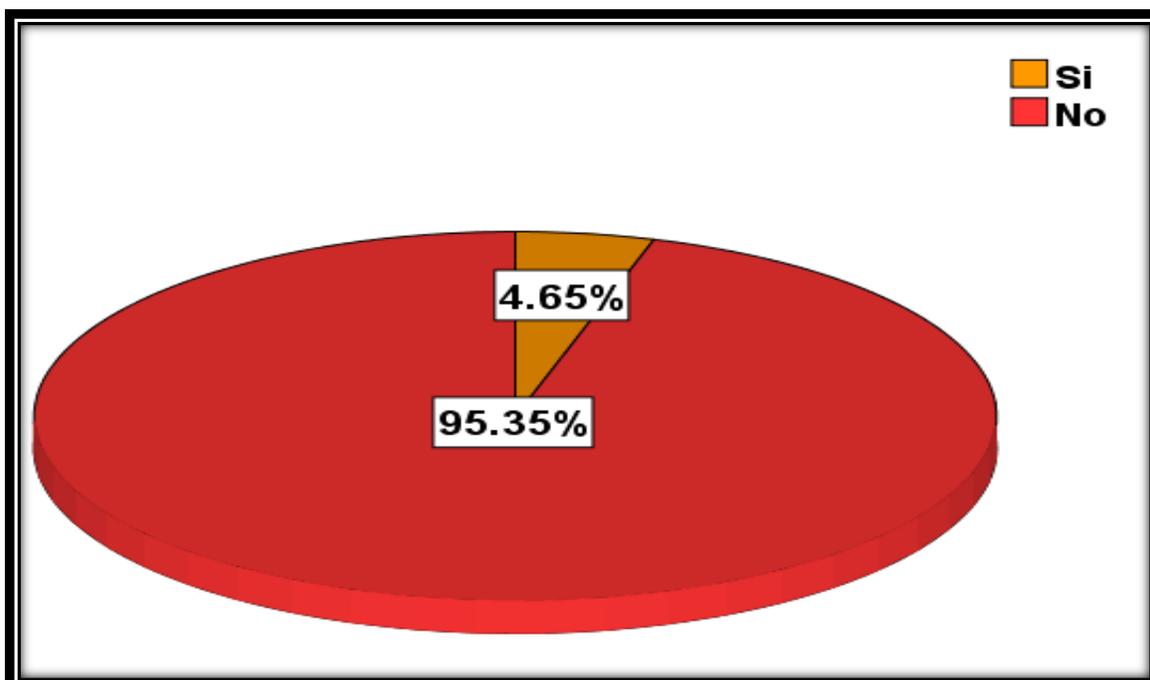
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

*Con respecto a los antecedentes heredo-familiares encontramos que el **96.51%** de la población no cuentan con antecedentes de cáncer de próstata en su familia, únicamente el **3.49%** lo presenta.

TABLA 9: PRESENCIA DE METASTASIS EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

METASTASIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	4	4.7%	4.7%	4.7%
NO	82	95.3%	95.3%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 9: POBLACIÓN EN ESTUDIO POR PRESENCIA DE METASTASIS.



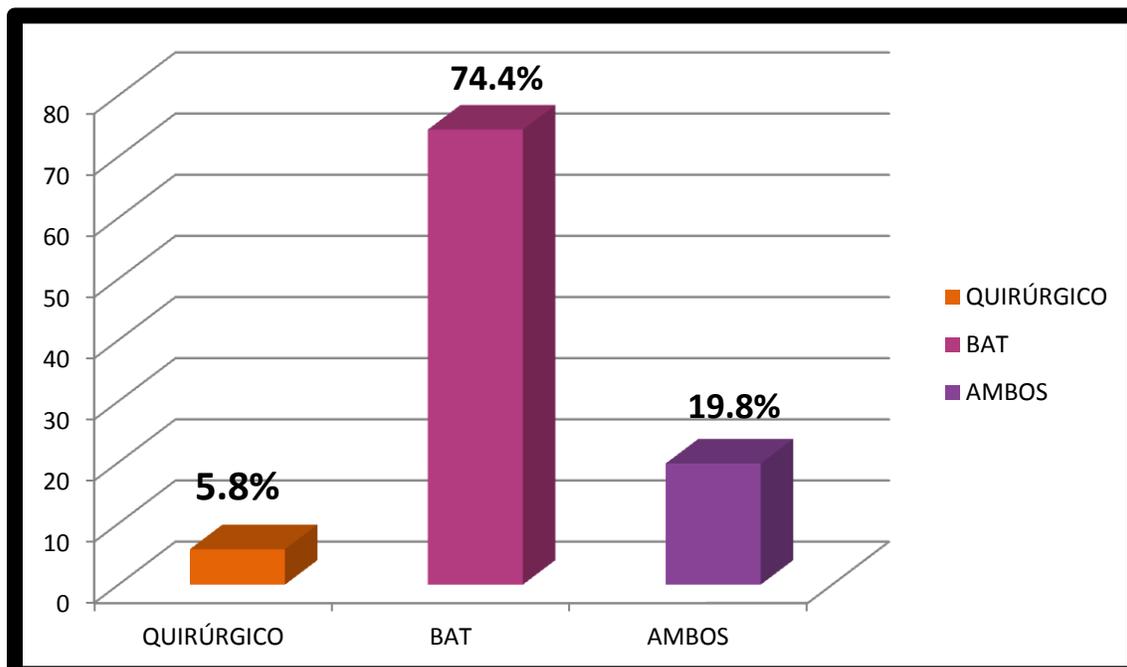
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a la variable metástasis, encontramos que únicamente existe una proporción del **4.65%** de la población que presenta metástasis diagnosticada por Gammagrama óseo.

TABLA 10: TRATAMIENTO OTORGADO A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
QUIRURGICO	5	5.8%	5.8%	5.8%
BAT	64	74.4%	74.4%	80.2%
AMBOS	17	19.8%	19.8%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 10: POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO A TRATAMIENTO



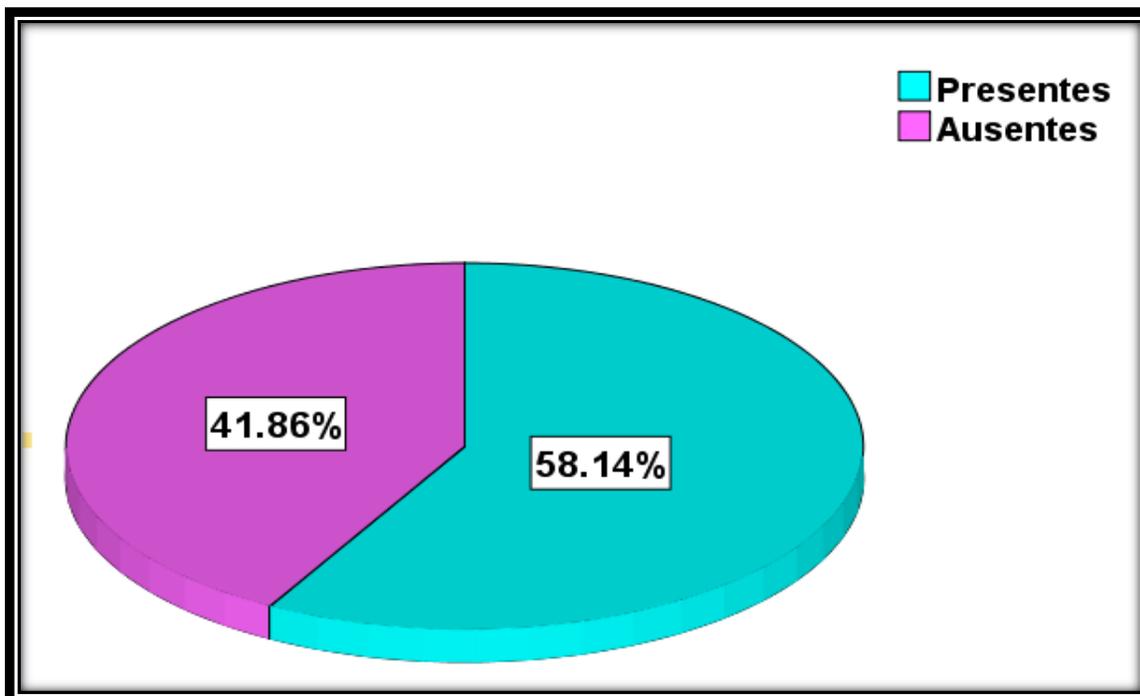
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a la variable tratamiento encontramos una proporción del **74.42%** de la población en estudio recibe tratamiento con bloqueo androgénico total.

TABLA 11: EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO OTORGADO A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013.

EFFECTOS SECUNDARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
PRESENTES	50	58.1%	58.1%	58.1%
AUSENTES	36	41.9%	41.9%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 11: POBLACIÓN EN ESTUDIO CON RESPECTO A EFECTOS SECUNDARIOS DE TRATAMIENTO OTORGADO



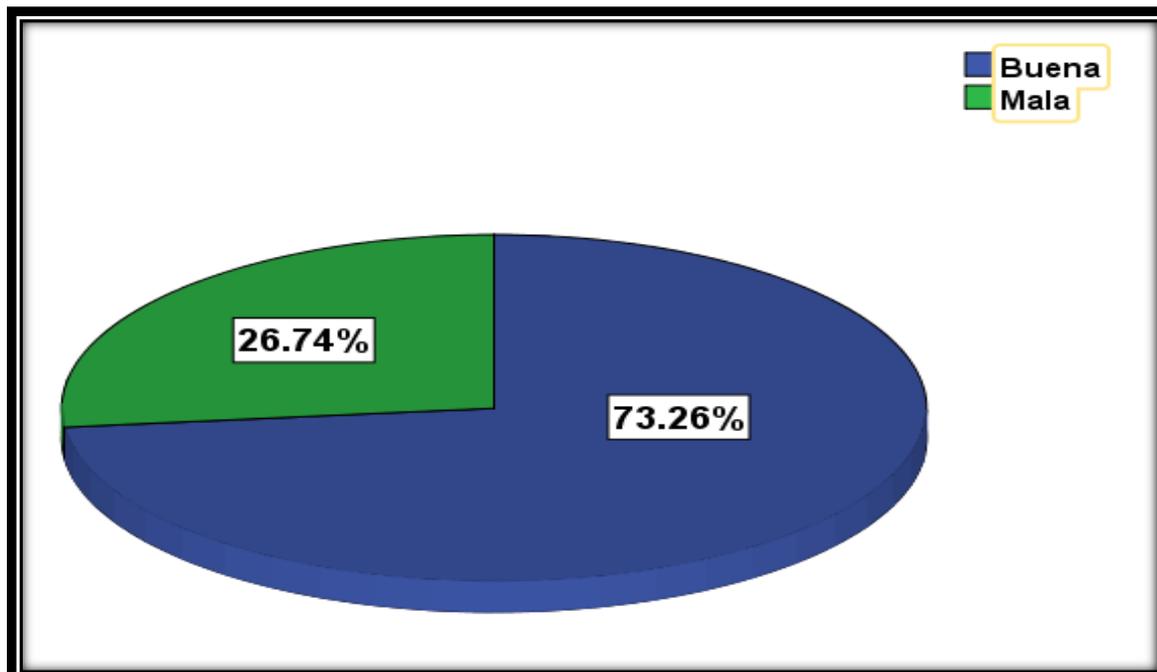
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a los efectos secundarios del tratamiento otorgado a la población en estudio, se encontró que el **58.14%** si los presentan y el **41.86%** no los refieren.

TABLA 12: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENA	63	73.3%	73.3%	73.3%
MALA	23	26.7%	26.7%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 12: POBLACIÓN DE ESTUDIO CON RESPECTO A CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD.



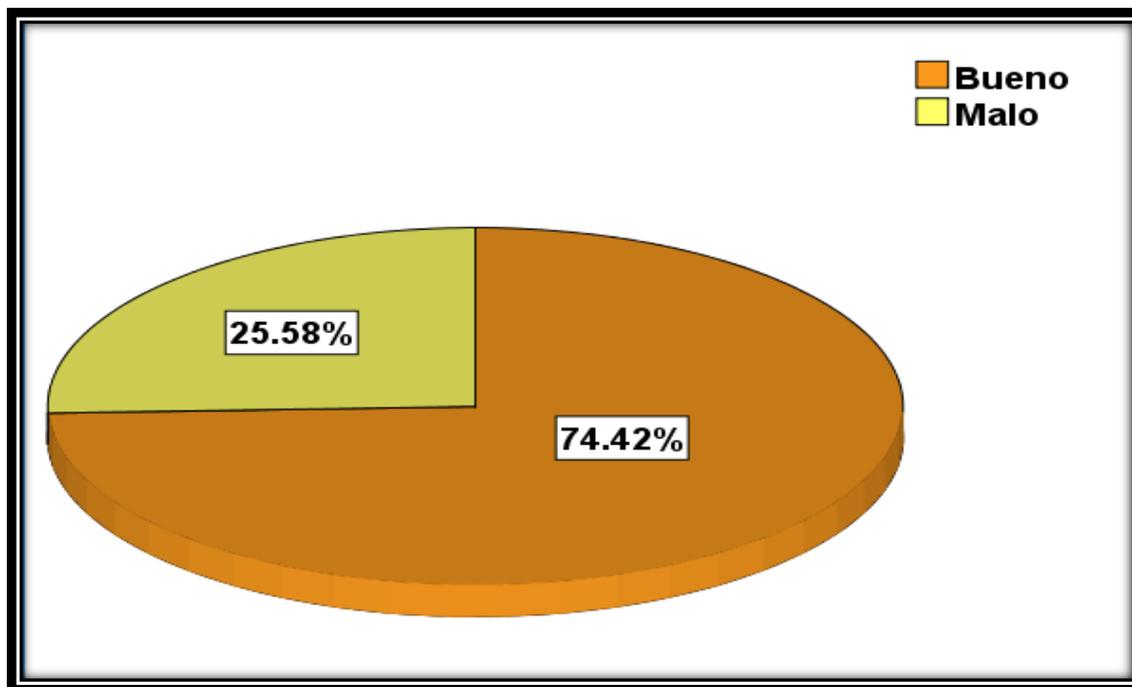
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a la calidad de vida relacionada a la salud en la población en estudio se encontró que el **73.26%** de dicha población tiene buena calidad de vida, en comparación con el **26.74%** quien tiene mala calidad de vida.

TABLA 14: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN SU ASPECTO PSICOLOGICO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013.

ASPECTO PSICOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENO	64	74.4%	74.4%	74.4%
MALO	22	25.6%	25.6%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 14: POBLACIÓN EN ESTUDIO CON RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA EN SU ASPECTO PSICOLÓGICO



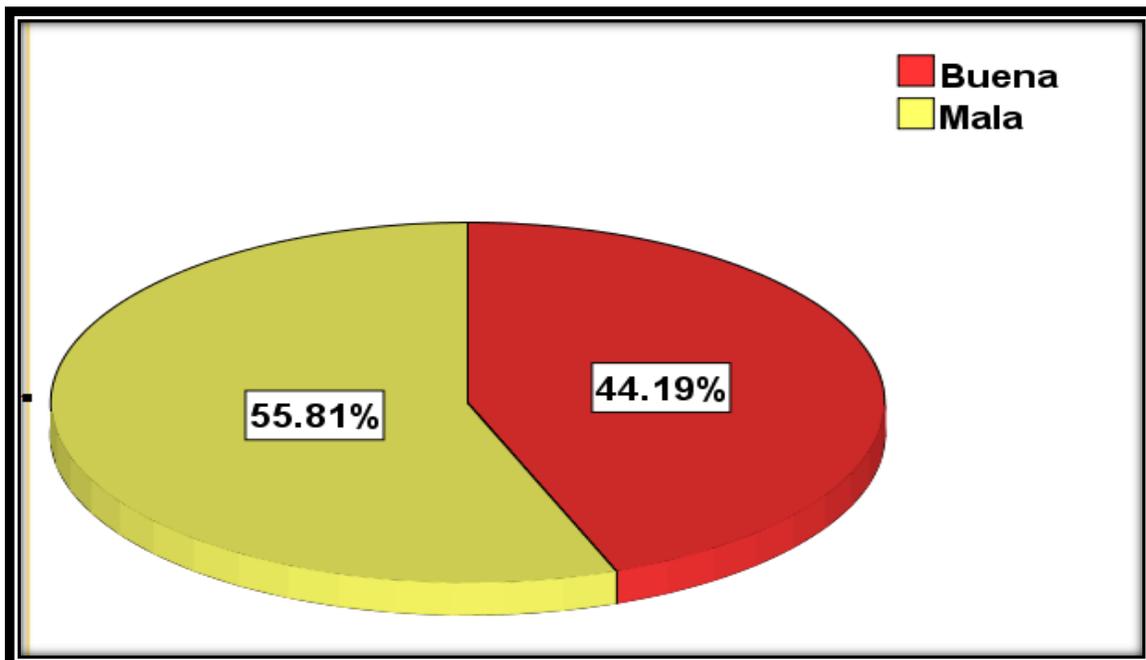
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

*Con respecto a la calidad de vida relacionada a la salud en el aspecto psicológico encontramos que el **74.42%** de la población se encuentran psicológicamente estables, el **25.58%** refieren una perturbación en dicho aspecto.

TABLA 15: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN EL ASPECTO SEXUAL EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENA	38	44.2%	44.2%	44.2%
MALA	48	55.8%	55.8%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 15: POBLACIÓN EN ESTUDIO CON RESPECTOS A LA ACTIVIDAD SEXUAL.



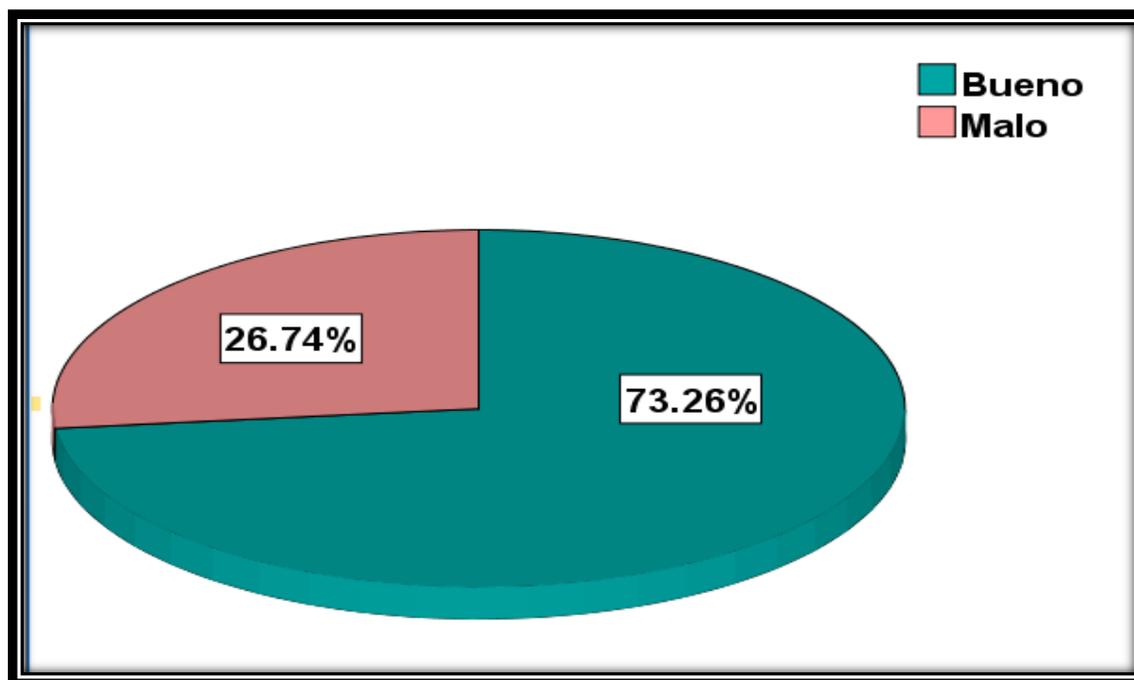
FUENTE: Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

*En el caso de la actividad sexual como parte de la calidad de vida de la población en estudio se encontró que el **55.81%** presentan alguna perturbación en su actividad sexual, mientras que el **44.19%** no lo manifiesta.

TABLA 16: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN EL ASPECTO DE APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 AÑO 2013

APOYO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENO	63	73.3%	73.3%	73.3%
MALO	23	26.7%	26.7%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 16: POBLACIÓN EN ESTUDIO CON RESPECTO AL APOYO.



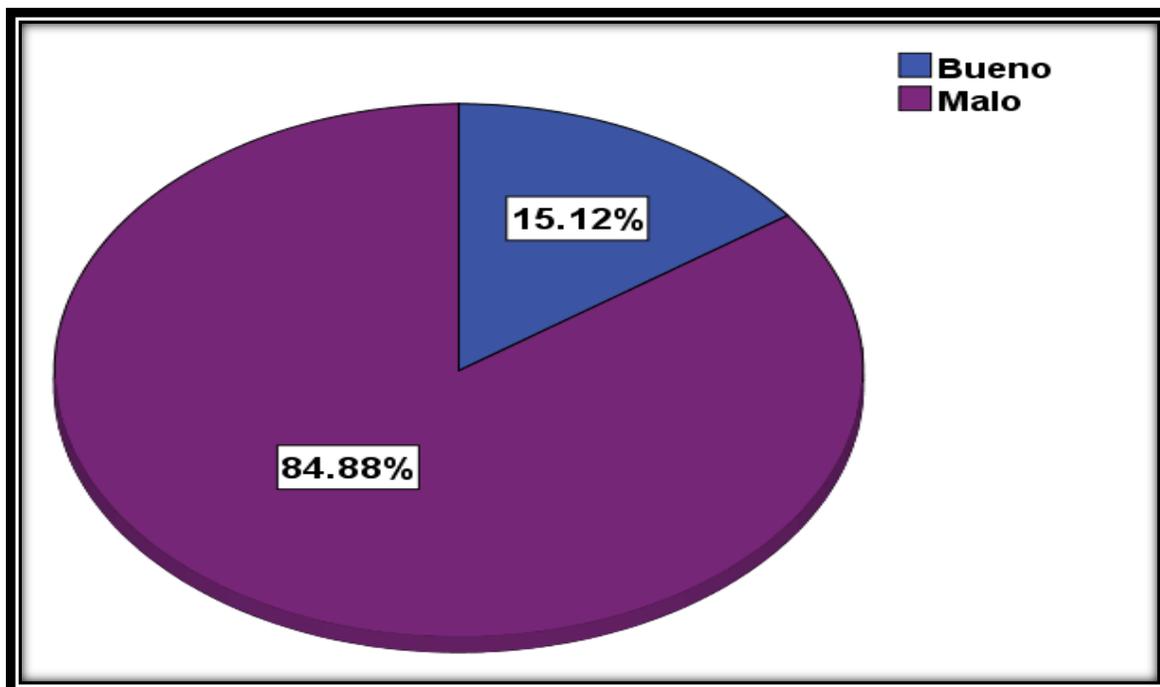
Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al apoyo encontrado en la población en estudio, encontramos que el **73.26%** de la población lo perciben bueno y el **26.74%** lo perciben malo en relación a su calidad de vida.

TABLA 17: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN RELACION AL ESTADO DE SALUD QUE PRESENTAN EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS.

ESTADO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENO	13	15.1%	15.1%	15.1%
MALO	73	84.9%	84.9%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 17: POBLACIÓN EN ESTUDIO CON RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS (ESPERANZA Y FUTURO)



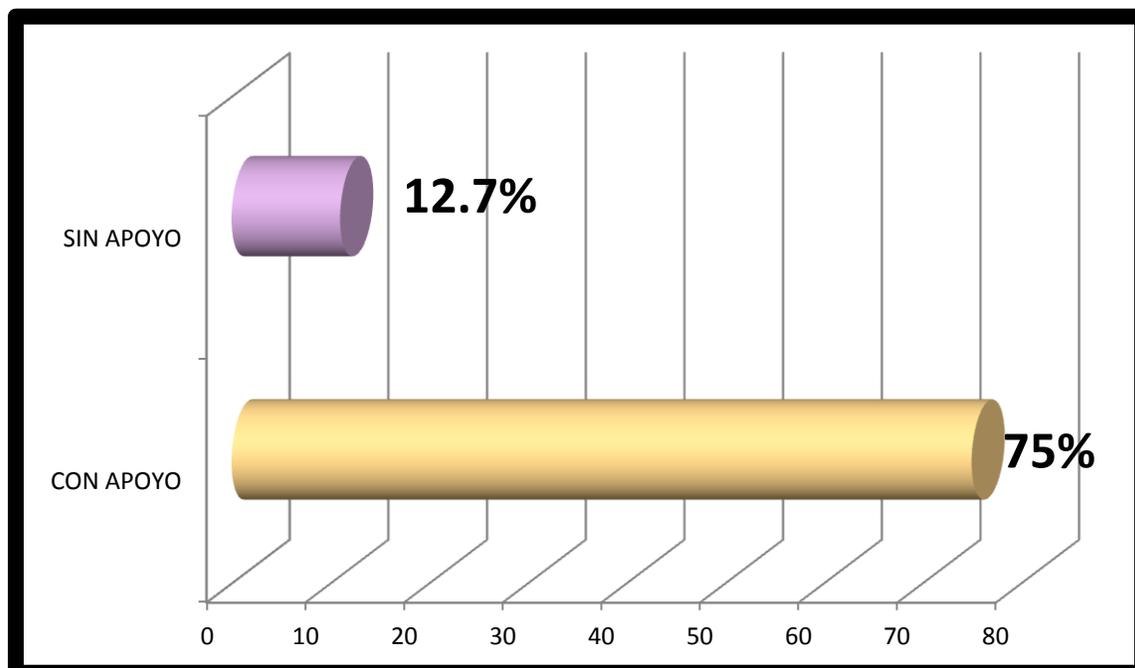
Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al estado de salud en las últimas 4 semanas con respecto a la calidad de vida en la población en estudio encontramos que un **84.88%** lo refieren malo en relación al **15.12%** quienes lo perciben bueno.

TABLA 18: APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO SOCIAL	BUENO	MALO
POBLACIÓN	75	11
PORCENTAJE	87.3%	12.7%

GRÁFICO 18: APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN LA UMF No 21



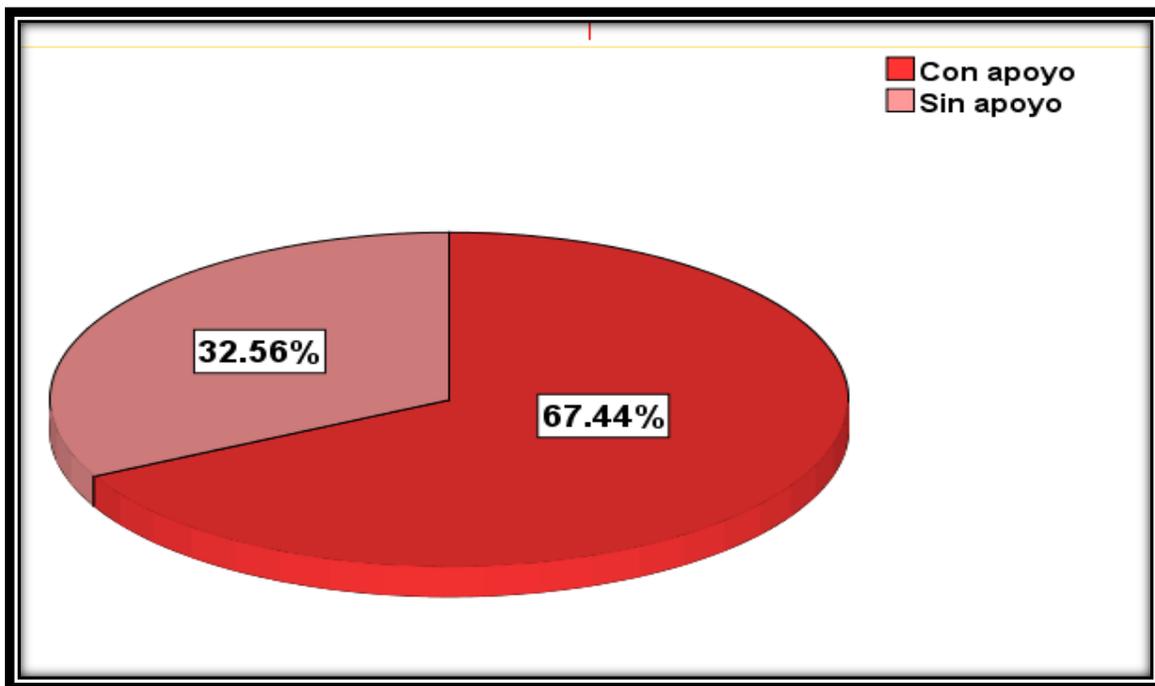
Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al apoyo social obtenido al aplicar el cuestionario de Mos y recordando que una puntuación obtenida mayor de 57 puntos nos indica que hay un apoyo social bueno, tenemos que el **87.3%** de la población refieren tener un adecuado apoyo social en comparación con el **12.7%** quien refiere tener una apoyo social inadecuado.

TABLA 19: APOYO EMOCIONAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
CON APOYO	58	67.4%	67.4%	67.4%
SIN APOYO	28	32.6%	32.6%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 19: APOYO EMOCIONAL EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013



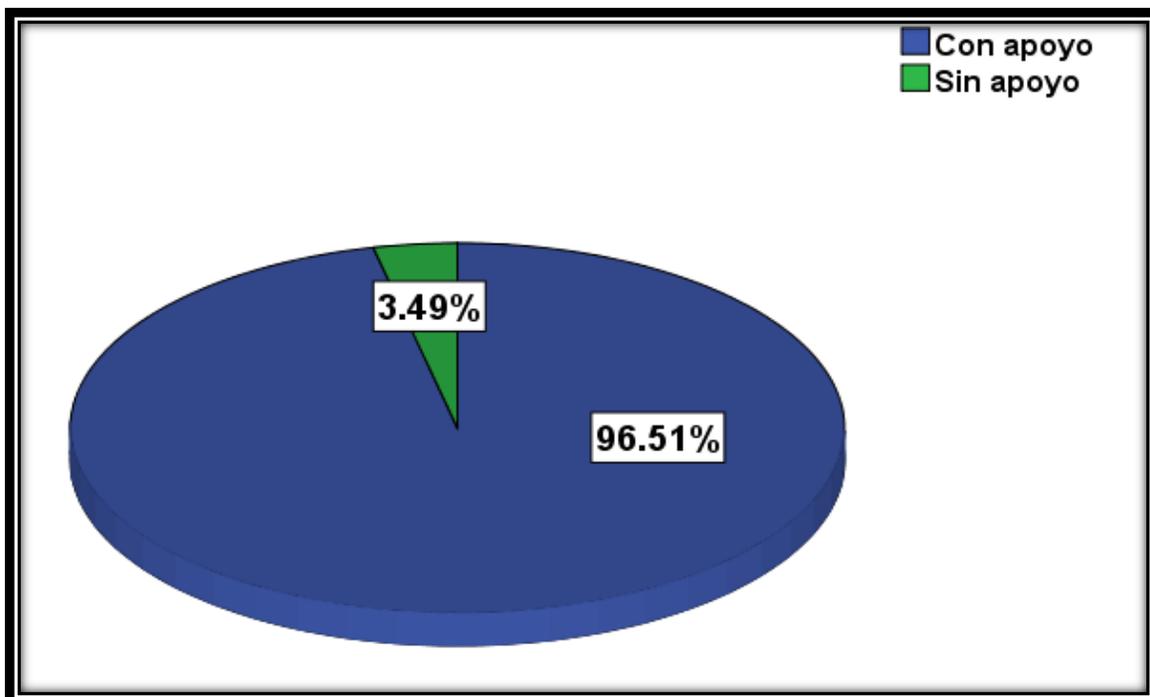
Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al apoyo social en el aspecto emocional a través de la aplicación del cuestionario de Mos a la población en estudio encontramos que existe una proporción de **67.44%** que refieren tener apoyo emocional, mientras que el **32.56%** no lo refieren.

TABLA 20: APOYO INSTRUMENTAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO INSTRUMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJEACU MULADO
CON APOYO	83	96.6%	96.5%	96.5%
SIN APOYO	3	3.5%	3.5%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 20: APOYO INSTRUMENTAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013



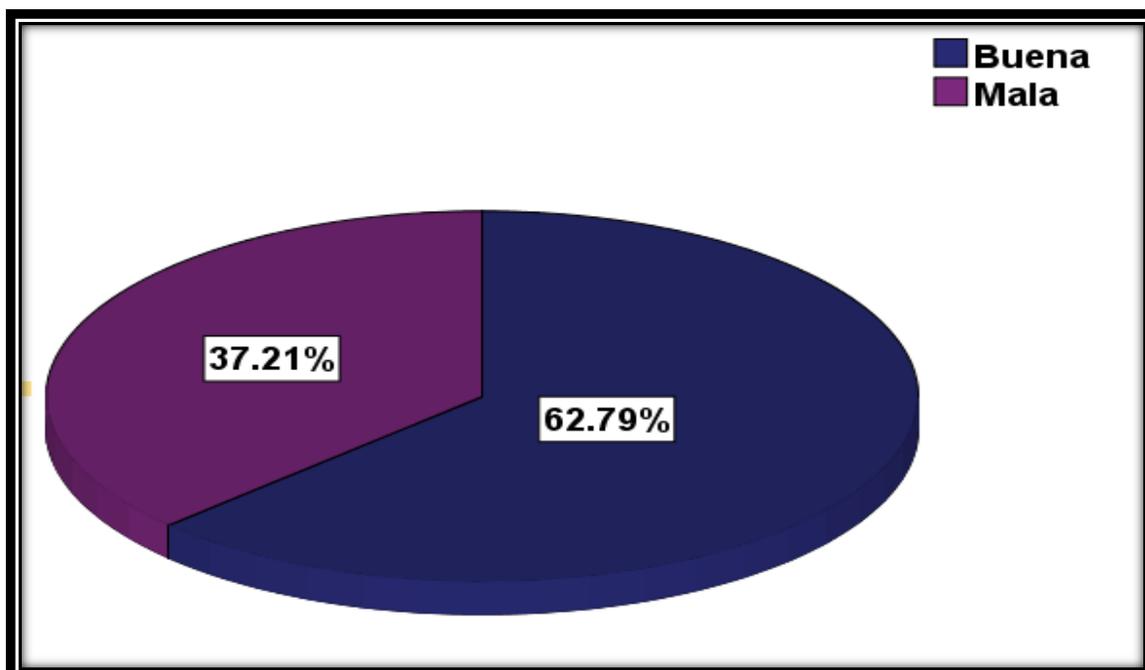
Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al apoyo instrumental obtenido tras la aplicación del cuestionario de Mos encontramos que una proporción del **96.51%** refieren tener buen apoyo y únicamente el **3.49%** no lo refieren

TABLA 21: INTERACCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

INTERACCIÓN SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENA	54	62.8%	62.8%	62.8%
MALA	32	37.2%	37.2%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRÁFICO 21: INTERACCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21



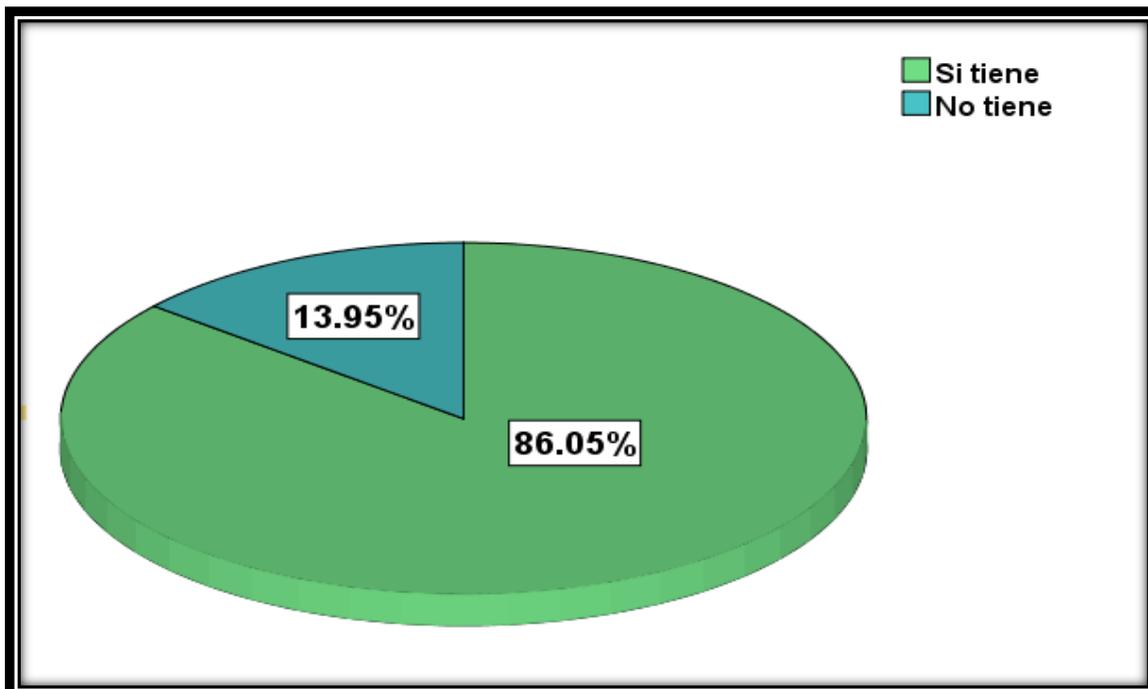
Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a la interacción social de la población en estudio tenemos una proporción de **62.79%** que refiere una buena interacción social y el resto **37.21%** refiere una mala interacción social.

TABLA 22: APOYO DE PAREJA EN LA POBLACION EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
SI TIENE	74	86.0%	86.0%	86.0%
NO TIENE	12	14.0%	14.0%	100.0%
TOTAL	86	100.0%	100.0%	

GRAFICO 22: APOYO DE PAREJA EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF No 21



Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto al apoyo de pareja, existe una proporción de **86.05%** refiere tener un adecuado apoyo, mientras que el **13.95%** refiere no tenerlo.

TABLA 23: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y ALIMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

CALIDAD DE VIDA	ALIMENTACIÓN	BUENA	MALA	TOTAL
	BUENA	14	49	63
	MALA	0	23	23
	TOTAL	14	72	86

*La probabilidad de que un paciente presente mala alimentación y mala calidad de vida es del 31%.

*SIGNIFICATIVA $p \leq 0.03$, intervalo de confianza del 97%

En este caso encontramos que si existe una asociación entre calidad de vida y alimentación en la población en estudio.

TABLA 24: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

ESCOLARIDAD	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
PRIMARIA		26	17	43
SECUNDARIA		24	5	29
PREPARATORIA		6	1	7
LICENCIATURA		3	0	3
POSGRADO		4	0	4
OTROS		0	0	0
TOTAL		63	23	86

Encontramos que no existe asociación entre escolaridad y calidad de vida en la población en estudio.

TABLA 25: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y ESTADO CIVIL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

ESTADO CIVIL	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
SOLTERO		1	0	1
CASADO		52	21	73
DIVORCIADO		1	0	1
VIUDO		8	2	10
UNION LIBRE		1	0	1
TOTAL		63	23	86

En este caso no existe relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y estado civil en la población en estudio.

TABLA 26: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y OCUPACIÓN EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

OCUPACIÓN	CALIDAD DE VID	BUENA	MALA	TOTAL
EMPLEADO		29	7	36
COMERCIANTE		8	5	13
JUBILADO		1	0	1
PENSIONADO		24	10	34
OTROS		1	1	2

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

*Con respecto a la ocupación encontramos que no existe influencia de esta variable sobre la calidad de vida en la población en estudio.

TABLA 27: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

IMC	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
NORMAL		13	7	20
SOBREPESO		41	13	54
OBESIDAD		9	3	12
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

Con respecto a la variable estado nutricional, encontramos que no tiene influencia sobre la calidad de vida de la población en estudio de la UMF No 21

TABLA 28: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y TABAQUISMO

TABAQUISMO	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
POSITIVO		44	18	62
NEGATIVO		19	5	24
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

No existe asociación entre el tabaquismo y la calidad de vida de la población en estudio de la UMF No 21.

TABLA 29: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
AUSENTES		3	0	3
PRESENTES		60	23	83
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

Con respecto a los antecedentes heredofamiliares, no se encontró asociación con la calidad de vida en la población en estudio.

TABLA 30: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y PRESENCIA DE METASTASIS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

METASTASIS	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
PRESENTES		4	0	4
AUSENTES		59	23	82
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

Con relación a la presencia de metástasis, esta no influye sobre la calidad de vida en la población de estudio.

TABLA 31: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y TRATAMIENTO RECIBIDO EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21

TRATAMIENTO	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
QUIRURGICO		2	3	5
BLOQUEO ANDROGENICO		50	14	64
AMBOS		11	6	17
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

Con respecto a la relación entre calidad de vida y tratamiento otorgado a la población en estudio, se encuentra que no hay influencia sobre la calidad, pues de acuerdo a su percepción refieren que los efectos secundarios son los que mas influyen sobre su bienestar.

TABLA 32: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y EFECTOS SECUNDARIOS EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

EFFECTOS SECUNDARIOS	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
PRESENTES		43	7	50
AUSENTES		20	16	36
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013.

***SIGNIFICANCIA $p \leq 0.05$**

Se encontró que si hay asociación (**$p=0.02$, con un intervalo de confianza del 98%**) entre la presencia de efectos secundarios del tratamiento otorgado a la población en estudio sobre la calidad de vida de los pacientes, siendo esta la variable que más influye de manera negativa.

TABLA 33 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO UMF No 21 2013

CALIDAD DE VIDA	APOYO SOCIAL	BUENO	MALO	TOTAL
BUENA		61	14	63
MALA		2	9	23
TOTAL		63	23	86

Con respecto a la asociación entre Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y el Apoyo Social percibido en la población en estudio, encontramos que si existe dicha asociación, obteniendo un valor de **$p=0.00$, con intervalo de confianza del 100%** por lo tanto:

EXISTE EVIDENCIA PARA RECHAZAR MI HEPOTESIS NULA Y SE CONCLUYE QUE SI HAY SIGNIFICANCIA PARA ACEPTAR MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Existe la probabilidad de que un paciente que tenga un apoyo social malo presente una calidad de vida mala en un **60%**

TABLA 34: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO UMF No 21 2013.

APOYO EMOCIONAL	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
BUENA		50	8	58
MALA		13	15	28
TOTAL		63	23	86

Con respecto a la calidad de vida relacionada con el apoyo emocional encontramos que si existe asociación (**p=0.00, intervalo de confianza del 100%**), tras la aplicación de la encuesta a la población en estudio el **79%** de la población refieren que cuentan con personas capaces de demostrarles afecto ante su situación, causando un impacto positivo en su calidad.

TABLA 35: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO INSTRUMENTAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO INSTRUMENTAL	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
CON APOYO		62	21	83
SIN APOYO		1	2	3
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013"

Entendiendo el apoyo instrumental como existencia de personas que le brinden ayuda material o tangible que el paciente necesite, encontramos que no existe una asociación entre la calidad de vida y esta, por consiguiente no provoca efecto alguno en la población en estudio.

TABLA 36: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD E INTERACCIÓN SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

INTERACCION SOCIAL	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
BUENA		49	5	54
MALA		14	18	32
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

SIGNIFICANCIA $p \leq 0.05$

Con respecto a la relación entre la calidad de vida y la interacción social encontramos que si existe asociación en la población en estudio (**$p= 0.00$, intervalo de confianza del 100%**), refieren que cuentan con la posibilidad de contar con personas para comunicarse y compartir cuestiones agradables que causen efecto positivo en determinados momentos difíciles de su enfermedad.

TABLA 37: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO DE PAREJA EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

APOYO DE PAREJA	CALIDAD DE VIDA	BUENA	MALA	TOTAL
BUENO		58	16	74
MALO		5	7	12
TOTAL		63	23	86

Encuestas aplicadas sobre “Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

SIGNIFICANCIA $p \leq 0.05$

Con respecto a la relación entre la calidad de vida y el apoyo de pareja encontramos que si existe asociación (**$p=0.08$, intervalo de confianza del 92%**).

TABLA 38: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

CVRS	APOYO SOCIAL	APOYO EMOCIONAL		APOYO INSTRUMENTAL		INTERACCIÓN SOCIAL		APOYO AFECTIVO	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ASPECTO PSICOLOGICO	C 43	15	61	22	43	11	56	18	
	S 21	7	3	0	21	11	8	4	
VIDA SEXUAL	C 27	31	38	45	26	28	32	42	
	S 11	17	0	3	12	20	6	6	
APOYO PAREJA DE	C 47	11	61	22	41	13	57	17	
	S 16	12	2	1	22	10	6	6	
ESTADO SALUD	C 7	51	12	71	6	48	9	65	
	S 6	22	1	2	7	25	4	8	

***B: Bueno, *M: Malo, C: Con calidad de vida, **Sin calidad de vida**

Encuestas aplicadas sobre "Asociación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud y Apoyo Social en pacientes con Cáncer de Próstata UMF 21 año 2013

Encontramos que en nuestra población en estudio, se observa que la calidad de vida se encuentra afectada principalmente por la presencia de **efectos secundarios** ocasionados por el tratamiento otorgado, se encuentra que el **apoyo emocional, el apoyo de pareja y la interacción social** ejercen un efecto protector en la calidad de vida de los pacientes en estudio; así mismo las variables sociodemográficas que influyen se encuentra afectada por la **alimentación** que en más de un 80% de la población la presentan inadecuada, no se encontró influencia de otras variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación, escolaridad.

TABLA 39: CORRELACIÓN Y ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO DE LA UMF No 21 2013

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA	ASPECTO PSICOLOGICO		VIDA SEXUAL		APOYO DE PAREJA		EDO SALUD Y FUTURO	
		r	X2	r	X2	r	X2	r	X2
EDAD		r=-.065 sig=.551	26.755 gl=31 s=.684	r=-.066 sig=.544	29.580 gl=31 s=.539	r=. .239* sig= 0.027	41.022 gl=31 s=-108	r=-.218 sig=.280	35.417 gl=31 s=.268
ESCOLARIDAD		r=-.188 sig=0.83	2.823 gl=4 s=.588	r=-.111 sig=.310	1.398 gl=4 s=.845	r=-.130 sig=.232	3.425 gl=4 s=-.489	r=-.102 sig=.352	2.262 gl=4 s=.688
ESTADO CIVIL		r=.004 sig=969	1.141 gl=4 s=.888	r=-.124 sig=.254	5.165 gl=4 s=.271	r=.067 sig=.538	7.185 gl=4 s=.126	r=-.113 sig=.298	2.375 gl=4 s=.667
OCUPACIÓN		r=-.177 sig=.101	5.413 gl=4 s=.247	r=-.020 sig=.857	3.154 gl=4 s=.532	r=.172 sig=.113	5.044 gl=4 s=.283	r=-.014 sig=-.897	2.845 gl=4 s=.584
ESTADO NUTRICIONAL		r=.135 sig=.216	4.532 gl=2 s=.104	r=.135 sig=.217	4.430 gl=2 s=.109	r=.180 sig=.097	3.973 gl=2 s=.137	r=-.065 sig=.551	1.109 gl=2 s=.574
ALIMENTACIÓN		r=.118 sig=.278	1.288 gl=2 s=.525	r=.082 sig=-.455	1.170 gl=2 s=.557	r=-.119 sig=.273	4.495 gl=2 s=.106	r=-.048 sig=.662	1.076 gl=2 s=.584
TABAQUISMO		r=.068 sig=.536	.394 gl=1 s=.530	r=-.136 sig=.212	1.590 gl=1 s=.207	r=-.210 sig.053	3.784 gl=1 s=.052	r=-.118 sig=.280	1.194 gl=1 s=-.275
AHF		r=.111 sig=.307	1.069 gl=1 s=301	r=.086 sig=.431	.637 gl=1 s=.425	r=-.028 sig=.796	.069 gl=1 s=-793	r=-.080 sig=.463	.554 gl=1 s=.457
METASTASIS		r=.003 sig=.979	.001 gl=1s=.978	r=.026 sig=.813	.057 gl=1 s=.810	r=-.009 sig=.937	.007 gl=1 s=.936	r=.061 sig=.577	.319 gl=1 s=.572
TRATAMIENTO		r=.161 sig=.140	6.234 gl=2 s=0.044*	r=.015 sig=.894	2.200 gl=2 s=.333	r=. .259* sig= 0.16	7.422 gl=2 s=0.24*	r=.121 sig=.267	8.806 gl=2 s=0.012*
EFFECTOS SECUNDARIOS		r=-.119	1.225	r=-.242*	5.025	r=-.033	.096	r=-.037	.116

	sig=.274	gl=1 s=-268	sig=0.025	gl=1 s=.025*	sig=.760	gl=1 s=.757	sig=.737	gl=1 s=.733
--	----------	----------------	-----------	-----------------	----------	----------------	----------	----------------

r= Coeficiente de relación., X2= Chi Cuadrada., gl= Grados de libertad., sig= Significancia

*La correlación o asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación o asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

TABLA 40: CORELACIÓN Y ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y APOYO SOCIAL EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LA UMF No 21 1013

VARIABLES	APOYO SOCIAL	APOYO EMOCIONAL		APOYO INSTRUMENTAL		INTERACCIÓN SOCIAL		APOYO AFECTIVO	
		r	X2	r	X2	r	X2	r	X2
EDAD		r=-.263* sig=0.014	27.50 0 gl=31 s=.64 7	r=.129 sig=.238	20.159 gl=31 s=.932	r=.002 sig=.989	44.432 gl=31 s=.056	r=.308** sig=0.004	44.77 2 gl=31 s=0.5 2
ESCOLARIDAD		r=-.217* sig=0.045	4.414 gl=4 s=.35 3	r=-.144 sig=.238	3.108 gl=4 s=.540	r=-.214* sig=.048	4.866 gl=4 s=.301	r=-.240* sig=0.026	6.572 gl=4 s=.16 0
ESTADO CIVIL		r=.086 sig=.429	2.870 gl=4 s=.58 0	r=-.070 sig=.519	.554 gl=4 s=.968	r=.148 sig=.174	3.562 gl=4 s=.455	r=.037 sig=.737	.795 gl=4 s=.93 9
OCUPACIÓN		r=.168 sig=.122	4.298 gl=4 s0.367	r=.089 sig=.414	1.211 gl=4 s=.876	r=-.065 sig=.554	2.872 gl=4 s=.579	r=.142 sig=.193	2.400 gl=4 s=.66 3
ESTADO NUTRICIONAL		r=-.099 sig=366	4.252 gl=2 s=.11	r=.029 sig=.789	1.842 gl=2 s=.398	r=-.121 sig=.269	1.825 gl=2 s=.402	r=-.105 Sig=.337	.969 gl=2 s=.61

		9						6
ALIMENTACIÓN	r=.079 sig=.472	.952 gl=2 s=.62 1	r=.022 sig=.844	1.135 gl=2 s=.567	r=.228* sig=0.035	10.453 gl=2 s=.005*	r=.111 sig=.310	1.059 gl=2 s=.58 9
TABAQUISMO	r=-.100 sig=.358	.866 gl=1 s=.35 2	r=-.118 sig=.278	1.203 gl=1 s=.273	r=-.264* sig=0.014	6.013 gl=1 s=0.014 *	r=-.026 sig=.811	.059 gl=1 s=.80 9
AHF	r=-.033 sig=.977	.001 gl=1 s=.97 7	r=.036 sig=.741	.112 gl=1 s=.737	r=-.015 sig=.889	.020 gl=1 s=.888	R=.077 sig=.484	.504 gl=1 s=.47 8
METASTASIS	r=.153 sig=.158	2.025 gl=1 s=.15 5	r=.042 sig=-.701	.152 gl=1 s=.697	r=.056 sig=.610	.268 gl=1 s=.605	r=.089 sig=.715	.680 gl=1 s=.40 9
TRATAMIENTO	r=-.148 sig=.173	5.442 gl=2 s=.06 6	r=-.055 sig=.618	1.069 gl=2 s=.568	r=-.122 sig=.263	1.556 gl=2 s=.459	r=.047 sig=.670	.221 gl=2 s=.89 6
EFFECTOS SECUNDARIOS	r=.014 sig=.898	.017 gl=1 s=.89 6	r=-.033 sig=.764	.093 gl=1 s=.761	r=-.068 sig=.534	.398 gl=1 s=.528	r=.042 sig=.988	.000 gl=1 s=.98 8

r= Coeficiente de relación de Sperman., X²= Chi Cuadrada., gl= Grados de libertad., sig= Significancia

*La correlación o asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**La correlación o asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

TABLA 41: CORRELACIÓN LINEAL Y ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL

ASPECTO PSICOLÓGICO	r= .015 sig= .891	X2= 3.850** gl= 1 sig= .050
	r= .293** sig= .006	X2= 5.502** gl= sig= .019
VIDA SEXUAL	r= .104 sig= .342	X2= .404 gl= 2 sig= .525
	r= .245** sig= .023	X2= 1.814 gl= 1 sig= .178

TABLA 42: RAZON DE VEROSIMILITUD ENTRE LAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS EN EL ESTUDIO

Estimaciones de los parámetros								
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confianza al 95% para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
INTERSECCIÓN	8.535	3.196	7.134	1	.008			
EFFECTOS SECUNDARIOS	-4.181	1.352	9.558	1	.002	.015	.001	.216
ALIMENTACIÓN	-1.970	1.158	2.895	1	.089	.140	.014	1.349
APOYO SOCIAL	-1.014	.885	1.312	1	.252	.363	.064	2.057
APOYO EMOCIONAL	2.611	.933	7.825	1	.005	13.607	2.185	84.755
APOYO DE PAREJA	.715	.996	.516	1	.473	2.045	.290	14.403
INTERACCIÓN SOCIAL	4.462	1.356	10.819	1	.001	86.637	6.068	1236.954

Las variables más significativas en el estudio son:

- Efectos secundarios del tratamiento otorgado a los pacientes con una **p=0.02**, esta variable principalmente condiciona una asociación positiva importante.
- Apoyo emocional: existe influencia de esta variable sobre la calidad de vida de la población en estudio con una **p=0.05**
- Interacción social: existe asociación entre esta variable y la calidad de vida en la población con una **p=0.01**

DISCUSIÓN

No existen estudios en los cuales se estudie la calidad de vida y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata, aplicando dichos instrumentos, en México por lo cual no se pudo realizar un análisis comparativo en relación a este tema.

CONCLUSIONES

En la presente tesis nos enfocamos a evaluar la calidad de vida y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de la Unidad de Medicina Familiar No 21, tenemos los siguientes datos de importancia; en relación a la edad encontramos en el estudio que la media de la edad de la población es de **73.23** años, de acuerdo a la literatura mencionan que cuanto mayor edad el hombre está en un riesgo mayor de padecer cáncer de próstata. Más de dos terceras partes de los casos nuevos se dan entre los **60 y 79** años y la mayoría de muertes por esta enfermedad ocurren por encima de los 70 años, lo que sugiere una rama de investigación sobre los factores de riesgo implicados en dicha patología para brindar información útil a la población en riesgo, así mismo como médicos de primer nivel se sugiere la realización de APE con FL como prueba de rutina para una detección temprana en la población de riesgo, evitando complicaciones y por consiguiente otorgar una mejor calidad de vida a los pacientes.

La exposición activa y pasiva al humo de la combustión del tabaco se considera agente cancerígeno seguro para numerosos cánceres humanos. A pesar de ello, ha tardado en establecerse su asociación causal con el cáncer de próstata. Respecto a la incidencia, la mayoría de los estudios epidemiológicos no han establecido una relación causal entre el tabaco y la enfermedad, mismo patrón que sigue nuestro estudio de investigación pues el **72.09%** de la población presenta tabaquismo positivo no existiendo asociación entre este y la calidad de vida de los pacientes.

Con respecto a los antecedentes heredo-familiares encontramos en el estudio que únicamente el **3.46%** de la población cuenta con familiares de primer grado de cáncer de próstata; lo cual difiere de la literatura en donde se menciona que aumenta el riesgo de padecer cáncer si se cuenta con antecedentes heredofamiliares de dicha patología. Otros factores implicados son la alimentación y el ambiente, se sugiere otra línea de investigación sobre la influencia de la alimentación y el estado nutricional de nuestra población pues los hombres obesos presentan tumores más agresivos y avanzados en el momento del diagnóstico, posiblemente debido a que estos pacientes tienen una menor concentración plasmática de PSA con respecto a los hombres peso normal. A su

vez, la obesidad interfiere en los métodos de diagnóstico complementarios y en la exploración física, dificultando el diagnóstico y la detección precoz del Cáncer de próstata en estos pacientes.

Asimismo, la obesidad está altamente correlacionada con la alimentación, ya que dietas hipercalóricas y ricas en grasas influirían en el desarrollo de Cáncer de próstata; posiblemente estos mecanismos estarían asociados con un alto consumo de colesterol y ácidos grasos específicos (saturados, trans, etc.), el estrés oxidativo, el aumento de andrógenos y a la exposición a pesticidas, ya que la mayoría de ellos son liposolubles y por lo tanto, serían vehículo de sustancias cancerígenas.

En nuestro estudio encontramos que **76.74%** de la población tienen un estado nutricional inadecuado, así mismo existe una asociación significativa (**p=0.03**) entre la alimentación de la población en estudio y la calidad de vida, lo que abre una línea de investigación sobre el estilo de vida de nuestra población y encaminar acciones multidisciplinarias en el campo de nutrición y actividad física en la población en riesgo.

Todos los factores sociales, incluyendo los económicos, estilos de vida y el nivel educativo-académico, *per se*, no parecen influir directamente en el riesgo de desarrollar cáncer de próstata. Ahora bien, intervienen indirectamente condicionando la influencia de los factores dietéticos, de las exposiciones laborales y de acceso a los sistemas sanitarios, tanto para la detección precoz como para los tratamientos adecuados, e indudablemente influyen en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad.

Las opciones de tratamiento del cáncer de próstata en las que se incorpora el bloqueo androgénico, aislado o en combinación, aumentan progresivamente, y además en pacientes con menor edad y durante períodos de tiempo más prolongados.

Esta circunstancia deriva del incremento de las tasas de nuevos diagnósticos de tumores avanzados y metastásicos, y de otras situaciones clínicas en las que existe progresión biológica o clínica de tumores inicialmente localizados. Por otro lado, los efectos farmacológicos adversos que se derivan de su utilización están en la actualidad revitalizados, ya que afectan dimensiones de la personalidad y de la calidad de vida en alza desde la perspectiva de los pacientes. En nuestro estudio encontramos que el bloqueo androgénico total es el tratamiento más utilizado en un **74.42%** de la población y que los efectos secundarios que se desprenden de dicho tratamiento lo refieren en un **58.14%** de la población, encontrando que si existe una asociación negativa en la calidad de vida de los pacientes, con un nivel de asociación significativo (**p=0.02**).

Al ser nosotros el primer nivel de atención es importante que nuestra principal labor es canalizar con el especialista al paciente sospechoso de esta patología para integrar el diagnóstico oportuno y en caso de ser positivo se inicie tratamiento inmediato; sin embargo es conveniente brindarle al paciente y a su familia apoyo médico, psicológico, de pareja e instrumental con el objetivo de una mejor aceptación, manejo y un mejor plan de vida. Es importante así mismo para detectar pacientes quienes tengan una mala percepción sobre su patología y poder canalizarlos oportunamente a psicología.

En nuestro estudio encontramos que el **73.26%** de la población, es decir que 63 pacientes de los 86 refieren tener buena calidad de vida y el **84.3%**, es decir 75 pacientes refieren tener un adecuado apoyo social encontrando una significancia aceptable (**p=0.00**), lo que nos lleva a aceptar la hipótesis de mi trabajo abriendo así mismo líneas de investigación para fomentar la comunicación y el desarrollo de una relación médico-paciente, basada en empatía, que favorezcan la comprensión, detección y manejo de la enfermedad, para brindar un mejor nivel de vida a nuestra población en estudio.

Debemos evaluar más profundamente estas dimensiones importantes del paciente y la relación directa sobre la percepción de la calidad de vida, con el fin de proporcionar mejor cuidado y así mismo debemos tomar en cuenta el apoyo social que reciba el paciente lo que nos ayudara en el aspecto psicológico como parte influyente en la aceptación y manejo de su enfermedad.

Los aspectos de la calidad de vida que más significancia tienen el aspecto de la vida sexual quienes refieren que en un **55.81%** presentan efectos secundarios atribuidos al tratamiento otorgado. Los síntomas van desde el goteo postmiccional hasta la pérdida total del control vesical, y generalmente es raro u ocasional. La disfunción urinaria generalmente afecta la vida diaria, las relaciones sociales, el sueño y la autoestima. La función sexual involucra principalmente el deseo sexual, la habilidad para lograr una erección, la posibilidad de lograr un orgasmo y la frecuencia de las relaciones entre otros. El **50-70%** de los pacientes presentan disminución en el deseo sexual, la capacidad de lograr una erección y un orgasmo. Cabe menciona que en nuestro estudio se encontró que el **80%** de los pacientes encuestados refieren que el cambio en su fisonomía principalmente crecimiento de las glándulas mamarias, esto condicionado por el bloqueo andrógeno, lo que condiciona tristeza y poca aceptación de los pacientes, seria importante canalizar a los pacientes a psicología para la aceptación de la condición en la que se encuentran y así mismo abrir grupos de ayuda entre los mismos pacientes y su familia.

Así mismo el estado de salud en las últimas 4 semanas y la esperanza y futuro se ven implicadas en la calidad de vida de los pacientes, encontrando que el **84.88%** lo perciben como malo.

En cuanto al apoyo social, puntajes más altos en la calidad de vida son reportados por aquellos pacientes que están viviendo con su familia, ya sea nuclear o extensa, a diferencia de quienes viven solos. En nuestro estudio encontramos que la calidad de vida relacionada a la salud se asocia más al apoyo emocional que recibe el paciente con una **p=0.000**, otro rubro importante es la interacción social que muestra una adecuada asociación (**p=0.000**) con la calidad de vida, el apoyo de pareja no deja de ser importante mostrando una asociación significativa (**p=0.000**) sobre la percepción de la calidad de vida. Así mismo, el poseer apoyo emocional disminuirá el grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual del paciente, así como en su trabajo u otras actividades diarias, reduciendo el tiempo dedicado a cada una de ellas y disminuyendo su rendimiento.

Además, reducirá la posibilidad de presentar depresiones, ansiedad entre otras aumentando su estado de salud mental.

Con respecto a la relación entre la calidad de vida y la interacción social encontramos que si existe asociación en la población en estudio (**p= 0.00**), refieren que cuentan con la posibilidad de contar con personas para comunicarse y compartir cuestiones agradables que causen efecto positivo en determinados momentos difíciles de su enfermedad.

Tales resultados, muestran que la posibilidad de contar con personas para comunicarse, compartir ratos agradables y relajarse, disminuyen el impacto que los problemas físicos o emocionales que genera una enfermedad como lo es el cáncer de próstata interfiera en la vida social, laboral y cotidiana. Cabe destacar, que al igual que el apoyo emocional, este también tiene efecto sobre el mantenimiento de una adecuada salud mental y de altos niveles de ánimo para llevar a cabo actividades de interés.

Con respecto a la relación entre la calidad de vida y el apoyo de pareja encontramos que si existe asociación (**p=0.08**).

De acuerdo a lo anterior, se puede notar que las demostraciones reales de amor, cariño y empatía de parte del entorno del paciente, influye sobre las mismas dimensiones de calidad de vida que el apoyo de interacción social positiva perteneciente a la escala de apoyo social del MOS.

Por último, se puede decir que el apoyo instrumental no obtuvo correlación alguna con las dimensiones de calidad de vida, lo que sugiere que la ayuda material o tangible que recibe el sujeto es independiente de la manera en que éste perciba su calidad de vida.

Es importante dar un manejo multidisciplinario no solo al paciente con cáncer de próstata sino a la gente que los rodea otorgándoles orientación consejería ya sea de forma individual o en grupos para compartir experiencias cuyo objetivo final sea lograr la comprensión de su enfermedad, así como su impacto físico y emocional, de forma que puedan encontrar un equilibrio mente cuerpo para generar una percepción positiva que ayude para la aceptación de la misma y del tratamiento otorgado así como de los efectos secundarios que pueden condicionarles.

ASPECTOS ETICOS



En la construcción de este protocolo se consideraron los siguientes documentos:

El estudio es de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki en 1964 y su modificación en Hong Kong en 1989. Fue enmendada en Tokio, Japón en 1975 , y ratificada en la 58ª Asamblea General realizada en Seúl, Corea en octubre del año 2009, que corresponde al apartado II , Investigación Biomédica en terapéutica con humanos (Investigación Biomédica no Clínica). Así como los lineamientos nacionales en materia de investigación estipulados en el artículo 17 del reglamento de la ley General de Salud, así como el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Institucional en materia de investigación. ²¹

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social : artículo 3, que indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I, la organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV de ésta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos fracción XXVI (artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud y deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la entrevista) se considera un *riesgo mínimo* ya que solo se realizaran aplicación de cuestionario sin embargo es en población vulnerable. ²³

**Respeto por las personas:* En este estudio se respetara la autonomía de cada uno de los participantes, ya que solicitara su participación de manera voluntaria, con información clara y adecuada acerca de los objetivos de la investigación. Así mismo se guardara la confidencialidad de la información.

**Beneficencia:* Las familias que resulten ser disfuncionales y con mayor grado de vulnerabilidad serán objeto de estudio para iniciar alguna intervención para su beneficio

**Justicia:* La selección de participantes se realizar en razón directa con el problema en estudio. Sin distinción o favoritismos por algunos los participantes.

ANEXOS





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
(ADULTOS).**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: "Asociación entre calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata en la UMF 21, 2013".

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar # 21 Francisco del Paso y Troncoso, Delegación Venustiano Carranza, México D.F. Agosto a Diciembre del año 2013.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: evaluar si existe asociación entre calidad de vida y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 21 año 2013

Procedimientos: Responder un cuestionario para obtener datos que ayuden a determinar si existe dicha asociación

Posibles riesgos y molestias: Las relacionadas con el cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer si existe asociación entre calidad de vida y apoyo social en pacientes con cáncer de próstata

Información de resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable se ha comprometido a que toda información será confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocer si el paciente presenta una alteración en la calidad del sueño que pueda desencadenar un descontrol en su hipertensión arterial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable: Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores 0445516492751 Colaboradores: Dra. Leonor Campos Aragon Dr. Arturo Díaz Hernandez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN
PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO 2013”**

Dra. Leonor Campos Aragon*, Dr. Arturo Díaz Hernández**, Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores**

	Marco Teórico y Planteamiento del Problema	Hipótesis y Definición de Variables	Cálculo de la muestra	Definición de instrumentos de evaluación	Realización cuestionario	Organización de datos	Análisis de resultados	Conclusiones
Enero 2012	Realizado							
Febrero 2012	Realizado	Realizado						
Marzo 2012		Realizado	Realizado					
Abril 2012			Realizado	Realizado				
Mayo 2012				Realizado				
Junio 2012				Realizado				
Julio 2012					Realizado			
Agosto 2012					Realizado	Realizado		
Septiembre 2012							Realizado	
Octubre 2012							Realizado	En espera
Noviembre 2012								Realizado
Diciembre 2012								Realizado

En espera

Realizado

* Asesor Medica Cirujano con Maestría en Ciencias y Salud Pública. Coordinadora de Educación e Investigación en la Salud en la UMF No 21 **Asesor, Especialista en Medicina Familiar con Maestría en Ciencias ***Residente de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.

“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO 2013”

Dra. Leonor Campos Aragón*, Dr. Arturo Díaz Hernández**, Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores***.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

CAVEPRIS: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de próstata

Consta de 8 ítems para tratar de definir los dominios psicológicos, 4 para la esperanza y futuro, 6 ítems para la vida sexual, 6 para el apoyo social y la pareja, y de nuevo 6 ítems para tratar de evaluar el dominio de información y documentación.²¹ Los 4 dominios contienen preguntas con opciones de respuesta en escala tipo Likert de 5 puntos (1¼ siempre* y 5¼ nunca*). A mayor puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del paciente.

Valore las siguientes situaciones, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas	En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha encontrado con esta situación?				
	Siempre	Muchas veces	La mitad de las veces	Pocas veces	Nunca
Aspectos psicológicos					
1. Mi enfermedad me preocupa	1	2	3	4	5
2. Mi enfermedad me impide hacer una vida normal	1	2	3	4	5
3. Pienso en mi enfermedad	1	2	3	4	5
4. Necesito hablar de las preocupaciones o miedos que me causa mi enfermedad	1	2	3	4	5
5. Me preocupa cómo evolucionará mi enfermedad	1	2	3	4	5
6. Me preocupa encontrarme peor	1	2	3	4	5
7. Mi enfermedad afecta negativamente a mi vida	1	2	3	4	5
8. Me molesta que me consideren un enfermo de cáncer	1	2	3	4	5
Esperanza y futuro					
9. Vivo el presente con ilusión	1	2	3	4	5
10. Veo el futuro con optimismo	1	2	3	4	5
11. A pesar de mi enfermedad, soy capaz de disfrutar de la vida	1	2	3	4	5
12. Mi enfermedad hace que aprecie más algunas cosas de la vida	1	2	3	4	5
Vida sexual					
13. Tengo problemas de erección	1	2	3	4	5
14. Tengo problemas para alcanzar el orgasmo	1	2	3	4	5
15. Tengo problemas para eyacular	1	2	3	4	5
16. Siento que mi vida sexual se ha acabado debido a mi enfermedad	1	2	3	4	5
17. He perdido el interés por el sexo a causa de mi enfermedad	1	2	3	4	5
18. «Me quedo a medias» en mis relaciones sexuales	1	2	3	4	5
Apoyo social y pareja					
19. La familia me ayuda con mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	5
20. A pesar de la enfermedad y sus consecuencias, me siento unido a mi pareja	1	2	3	4	5
21. Aunque mi pareja me comprende, a mí me sigue preocupando mi problema de erección	1	2	3	4	5
22. Mi pareja me ayuda y colabora para solucionar mis problemas sexuales	1	2	3	4	5
23. Me siento entendido y apoyado por mis amigos	1	2	3	4	5
24. Los profesionales sanitarios me apoyan respecto a mi problema de impotencia	1	2	3	4	5
¿De qué medida está de acuerdo o es de desacuerdo con las siguientes afirmaciones?					
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25. En general, creo que necesito más información sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
26. En general, creo que debería haber recibido más información sobre las secuelas que me quedarían	1	2	3	4	5
27. Me gustaría que hubiera un servicio de apoyo para las personas que tenemos esta enfermedad	1	2	3	4	5
28. He tenido la necesidad de hablar de mi enfermedad con alguien	1	2	3	4	5
29. Creo que intercambiar experiencias con otras personas me daría un poco más de confianza	1	2	3	4	5
30. Me gustaría poder estar a solas con mi médico para preguntarle todas mis dudas	1	2	3	4	5

* Asesor, Asesor, Medica Cirujano con Maestría en Ciencias y Salud Pública. Coordinadora de Educación e Investigación en la Salud en la UMF No 21 **Asesor, Especialista en Medicina Familiar con Maestría en Ciencias ***Residente de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.

“ASOCIACION ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA UMF 21 AÑO 2013”

Dra. Leonor Campos Aragón, Dr. Arturo Díaz Hernández**, Dra. Jacqueline Gutiérrez Flores***.*

CUESTIONARIO MOS: Evalúa apoyo social percibido por el paciente con los siguientes componentes:

- a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares);
- b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos;
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo;
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

Tabla 1. Cuestionario de apoyo social MOS. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

El cuestionario de MOS consta de 20 ítems, salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5 . La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. ²⁴

Los 19 ítems restantes recogen valores de cuatro dimensiones del apoyo social funcional:

*Apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19)

*Apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15),

*Interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18)

*Apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

*Apoyo emocional: Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

*Ayuda material o instrumental: Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

*Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

*Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.²⁴

INTERPRETACION

El apoyo social es escaso cuando el índice es inferior a 57 puntos

Habrá falta de apoyo emocional cuando la puntuación sea menor a 24 puntos

Habrá falta de apoyo instrumental cuando la puntuación sea menor a 12 puntos

Habrá falta de interacción social cuando la puntuación sea menos a 12 puntos

Habrá falta de apoyo afectivo cuando la puntuación sea menor a 9 puntos.

** Asesor, Asesor, Medica Cirujano con Maestría en Ciencias y Salud Pública. Coordinadora de Educación e Investigación en la Salud en la UMF No 21 **Asesor, Especialista en Medicina Familiar con Maestría en Ciencias ***Residente de Medicina Familiar de la UMF.21 del IMSS.*

	veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	
36	SIENTO QUE MI VIDA SEXUAL SE HA ACABADO DEBIDO A MI ENFERMEDAD: 1.-Siempre () 2.- Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	<input type="checkbox"/>
37	HE PERDIDO EL INTERES POR EL SEXO A CAUSA DE MI ENFERMEDAD: 1.-Siempre () 2.- Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	<input type="checkbox"/>
38	ME QUEDO A MEDIAS EN MIS RELACIONES SEXUALES: 1.-Siempre () 2.-Muchas veces () 3.- La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca()	<input type="checkbox"/>
	4.- APOYO SOCIAL Y PAREJA	
39	LA FAMILIA ME AYUDA CON MI ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO: 1.-Siempre () 2.-Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	<input type="checkbox"/>
40	A PESAR DE LA ENFERMEDAD Y SUS CONSECUENCIAS, ME SIENTO UNIDO A MI PAREJA: 1.- Siempre () 2.-Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5. Nunca()	<input type="checkbox"/>
41	AUNQUE MI PAREJA ME COMPRENDE, A MI ME SIGUE PREOCUPANDO MI PROBLEMA DE ERECCION: 1.-Siempre () 2.-Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca()	<input type="checkbox"/>
42	MI PAREJA ME AYUDA Y COLABORA PARA SOLUCIONAR MIS PROBLEMAS SEXUALES: 1.- Siempre () 2.-Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca()	<input type="checkbox"/>
43	ME SIENTO ENTENDIDO Y APOYADO POR MIS AMIGOS: 1.-Siempre () 2.-Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	<input type="checkbox"/>
44	LOS MEDICOS ME APOYAN RESPECTO A MI PROBLEMA DE IMPOTENCIA: 1.-Siempre () 2.- Muchas veces () 3.-La mitad de las veces () 4.-Pocas veces () 5.-Nunca ()	<input type="checkbox"/>
	INDIQUE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, TENIENDO EN CUENTA COMO SE HA ENCONTRADO EN LAS ULTIMAS CUATRO SEMANAS	
45	EN GENERAL CREO QUE NECESITO MAS INFORMACION SOBRE MI ENFERMEDAD: 1.- Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
46	EN GENERAL CREO QUE DEBERIA HABER RECIBIDO MAS INFORMACION SOBRE LAS SECUELAS QUE ME QUEDARAN: 1.-Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
47	ME GUSTARIA QUE HUBIERA UN SERVICIO DE APOYO PARA LAS PERSONAS QUE TENEMOS ESTA ENFERMEDAD: 1.-Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
48	HE SENTIDO LA NECESIDAD DE HABLAR DE MI ENFERMEDAD CON ALGUIEN: 1.-Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
49	CREO QUE INTERCAMBIAR EXPERIENCIAS CON OTRAS PERSONAS DARIA UN POCO MAS DE CONFIANZA: 1.-Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
50	ME GUSTARIA ESTAR A SOLAS CON MI MEDICO PARA PREGUNTARLE TODAS MIS DUDAS: 1.- Totalmente de acuerdo () 2.-De acuerdo () 3.- No estoy seguro () 4.-En desacuerdo () 5.- Totalmente en desacuerdo ()	<input type="checkbox"/>
	APOYO SOCIAL	<input type="checkbox"/>
51	APROXIMADAMENTE CUANTOS AMIGOS INTIMOS O FAMILIARES CERCANOS TIENE USTED?	<input type="checkbox"/>

	() ()	
52	ALGUIEN QUE LE AYUDE CUANDO TENGA QUE ESTAR EN LA CAMA: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
53	ALGUIEN CON QUIEN PUEDA CONTAR CUANDO NECESITE HABLAR: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
54	ALGUIEN QUE LE ACONSEJE CUANDO TENGA PROBLEMAS: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
55	ALGUIEN QUE LO LLEVE AL MEDICO CUANDO LO NECESITA: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
56	ALGUIEN QUE LE MUESTRE AMOR Y AFECTO: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
57	ALGUIEN CON QUIEN PASAR UN BUEN RATO: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
58	ALGUIEN QUE LE INFORME Y AYUDE A ENTENDER UNA SITUACION: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
59	ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR O CON QUIEN HABLAR DE SI MISMO Y SUS PREOCUPACIONES: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
60	ALGUIEN QUE LE ABRACE: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
61	ALGUIEN CON QUIEN PUEDA RELAJARSE: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
62	ALGUIEN QUE LE PREPARE LA COMIDA SI NO PUEDE HACERLO: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
63	ALGUIEN CUYO CONSEJO REALMENTE DESEE: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
64	ALGUIEN CON QUIEN HACER COSAS QUE LE SIRVAN PARA OLVIDAR SUS PROBLEMAS: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
65	ALGUIEN QUE LE AYUDE EN SUS TAREAS DOMESTICAS SI ESTA ENFERMO: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
66	ALGUIEN CON QUIEN COMPARTIR SUS TEMORES Y PROBLEMAS MAS INTIMOS: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
67	ALGUIEN QUE LE ACONSEJE COMO RESOLVER SUS PROBLEMAS PERSONALES: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
68	ALGUIEN CON QUIEN DIVERTIRSE: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
69	ALGUIEN QUE COMPRENDA SUS PROBLEMAS: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
70	ALGUIEN A QUIEN AMAR Y SENTIRSE QUERIDO: 1.-Nunca () 2.-Pocas veces () 3.-Algunas veces () 4.-La mayoría de las veces () 5.-Siempre ()	<input type="checkbox"/>
71	TRATAMIENTO ESTABLECIDO:	

	GRACIAS POR SU COLABORACION	

BIBLIOGRAFIA



1. Anzures Carro Ricardo Medicina Familiar. Consejo Mexicano de Medicina Familiar 227-283, 411-435
2. -Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed Horne 1997
3. Guía de cáncer de próstata del National Cancer Institute (2011).
4. Barry MJ. Prostate Specific-antigen Testing for early diagnosis of prostate cancer N Engl J Med 2011; 344: 1373 – 7.
5. Carr TW. Natural History of prostate cancer Low 1993; 341: 91 – 2.
6. Wilt T. Prostate cancer (non metastatic) Clinvid 2003; 10:1023 – 1038.
7. Prostate cancer N engl J Med 2003; 349: 366 – 81
8. The Natural History of prostate cancer Urol clin Nam 30 (2003) 219 – 226.
9. The Epidemiology of prostate cancer Urol clin N am 30 (2003) 209 – 217.
10. Screening for prostate cancer: Recommendation and rationale. Ann intern Med 2002; 137 : 915 – 916.
11. Hayward RS, Steinberg EP, Ford DE, et al. Preventive care Guidelines: 1991. Ann Intern Med. 1991; 114(9); 761-762.
12. American College of Physicians. Screening for prostate cancer. Ann Intern Med. 1997; 126:480-4.
13. American Urological Association. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. Oncology(Hunting) 2000;14:267-72, 277-78, 280.
14. The endocrinology of prostate cancer The journal of clinical endocrinology and metabolism 86 (8): 3467 – 3477
15. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics 2002. CA Cancer J Clin. 2005;55:74-108.

16. Wingo P, Tong T, Bolden S. Cancer Statistics 1995. *CA Cancer J Clin.* 1995;45:8-30.
17. Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164
18. Cardona, D. y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
19. Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. y Iscoe, I. (1988). Psicología y Salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 105(3), 245-282.
20. Riveros, A., Castro, C. y Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304.
21. F. Gómez-Veigaa, __, J.M.Cozarb, S. Gunthnerc, M.Puyol-Pallasd, A. Silmi-Moyanoe y F.J.Rebollof. Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata como medida de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata en España: aplicación a la actividad diaria F. aServicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario ACorunã, ACorunã a, España. El Sevier Doyma 2010
22. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993-2004.
23. Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios. Dirección General de Información en Salud. México, 2003-2005.
24. Rodríguez, S. y Carmelo, E. (2006). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate*, 7, 155-168.
25. Baptista, P., Hernández, R. y Fernández, C. (2010). Metodología de la Investigación. Editorial: McGrawHill. México.
26. Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba, Argentina: Brujas.
27. Die trill, M. (1987). Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. *Jano*, 33, 43-48. Fallowfield, L. (2002). Quality of life: a new perspective for cancer patients *Nature Reviews Cancer*, 2, 873-879.