



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR #1

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLOGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF
No.1, IMSS CUERNAVACA MOR.**

Número de registro SIRELCIS R-

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Vianey Cárdenas Pedraza

Asesores de tesis

Dra. Elena Espín Paredes

Dr. Juan Ortiz Peralta



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF No 1, IMSS CUERNAVACA
MOR.**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Cárdenas Pedraza Vianey

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION
EN SALUD

DRA. GLADHIS RUIZ CATALAN
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF No
1, IMSS CUERNAVACA MOR**

ASESORES DE TESIS

DRA. ELENA ESPÍN PAREDES

Médico Anestesiólogo- Algólogo encargada de la
Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Regional
No. 1 c/MF IMSS Cuernavaca, Morelos.

DR. JUAN ORTIZ PERALTA

Médico familiar Jubilado, MIC. En el Hospital General
Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos.

CUERNAVACA, MORELOS

2017

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF No
1, IMSS CUERNAVACA MOR**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Cárdenas Pedraza Vianey

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
división de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF No
1, IMSS CUERNAVACA MOR**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Cárdenas Pedraza Vianey

PRESIDENTE DEL JURADO
Dr. Guillermo Guizar Garrido
Medico Familiar Adscrito a la UMF No 2
Xochitepec, Morelos.

SECRETARIO DEL JURADO
Dr. Cesar Rivera Navar
Médico Anestesiólogo- Algologó
del Hospital General Regional
No. 1 c/MF IMSS Cuernavaca, Morelos.

VOCAL DEL JURADO
Dra. Elena Espín Paredes
Médico Anestesiólogo- Algologó encargada de la
Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Regional
No. 1 c/MF IMSS Cuernavaca, Morelos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este objetivo. A Dios por darme la oportunidad de hacer la residencia en Medicina Familiar; por estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de formación.

A mi Papá

Que sé estuviera feliz por este logro cumplido. Te amo

A mi Mamá

Por ser el apoyo incondicional y el cariño mostrado durante los años de formación y crecimiento por ser mi ejemplo a seguir.

A mis Hermanos y Sobrinos

Que siempre me han demostrado su apoyo y me han impulsado a seguir adelante así como para ser un buen ejemplo para ellos.

A mi Novio

Ya que siempre ha estado en esos momentos difíciles, alentándome y recordando el por que estoy hasta este punto. Por tu apoyo incondicional y tu amor brindado.

A mis Asesores y Maestros

Por brindarme su apoyo y tiempo en la realización de mi tesis en especial a la Dra. Trinidad León Zempoalteca Medico Familiar.

**Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Pacientes Oncológicos tratados
en Cuidados Paliativos del HGR 1 c/MF IMSS Cuernavaca Mor.**

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
MARCO TEORICO.....	14
- Marco conceptual.....	14
- EORTC QLQ-C30 versión 3.....	15
- FACES III.....	17
- Marco referencial.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
JUSTIFICACIÓN.....	26
OBJETIVO.....	26
- Objetivos específicos.....	26
HIPÓTESIS.....	27
MATERIAL Y METODOS	27
- Tipo de estudio.....	27
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	27
- Tipo y tamaño de la muestra	27
- Criterios de Selección.....	28
- Operacionalización de variables	29
- Procedimientos de trabajo de investigación.....	32
- Plan de análisis estadístico.....	33
- Recursos, humanos, físicos y factibilidad.....	33
- Viabilidad.....	33

CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	49
-Cronograma de actividades.....	49
-Formato de consentimiento informado.....	50
-Instrumento de recolección de datos.....	51

RESUMEN

INTRODUCCION: El creciente número de pacientes con cáncer es un reto importante para los servicios de salud ya que en etapas avanzadas y al final de la vida, presentan múltiples síntomas y sufrimiento intenso que afecta de manera importante la calidad de vida y altera la funcionalidad familiar, por lo que es indispensable una unidad de cuidados paliativos que otorgue un modelo de atención integral con un equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

OBJETIVO: Describir la Calidad de vida y Funcionalidad familiar en pacientes oncológicos tratados en cuidados paliativos del HGR c/MF No 1 IMSS, Cuernavaca, Morelos.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, descriptivo, observacional, autorización del CLIEIS y consentimiento informado. La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para funcionalidad familiar. Escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30 versión 3, para Calidad de vida; para variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para variables cualitativas frecuencias y porcentajes; se utilizó el paquete estadístico STATA 12

RESULTADOS: Participaron en el estudio 110 pacientes oncológicos de la Unidad de Cuidados Paliativos, entre los 25-87 años en rango de edad, con una media 60 años, DE (± 13.6), prevaleciendo el grupo de edad 46-66 años, gran parte de los participantes fueron mujeres en un 62 (56.36%), en estado civil casados en un 73 (66.36%), que acuden subsecuentemente a la UCP 72 (65.45%), estado intermedio de fase del tratamiento oncológico. Se encontró que el Ca de mama fue de mayor prevalencia 19 (17.27%), seguido de Ca de próstata 17 (15.45%) y Ca Gástrico 16 (14.55%). Con una calidad de vida buena en el estado global de salud 46 (41.81%), seguido de regular en un 40 (36.36%) en cuanto al área de funcionamiento una calidad de vida buena en un 63 (57.27%), seguido de regular en un 40 (36.36%), Con respecto a la escala de síntomas hubo puntajes bajos indicando poca manifestación de la sintomatología asociada a la enfermedad y a los efectos del tratamiento lo cual refiere una buena calidad de vida en un 72 (65.45%) y regular en un 35 (31.82%). Según resultados (FACES III): Una cohesión: Familias Relacionadas 66(60%). Adaptabilidad: Familias Estructuradas 38(34%).

CONCLUSIONES: Más del 50% de encuestados presentó buena calidad de vida y familias relacionadas, con un regular estado global de salud, buen funcionamiento cognitivo y área de síntomas controlado.

INTRODUCCION

El cáncer es una de las principales prioridades en salud pública por su frecuencia, mortalidad, morbilidad, tratamientos y costos. Cada año 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo, 70% de ellos fallece por tal enfermedad. (WHO, 2007). Según la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2006), para el 2020 se esperan 840,000 defunciones por cáncer. Esta enfermedad tiene la particularidad de envolver y sobrecoger a toda la familia, cambiando las rutinas y modificando detalles de la vida cotidiana.¹

“El cáncer engloba a muchas y diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento incontrolado de las células. El impacto que produce sobre el enfermo y su entorno familiar y social, es enorme. El diagnóstico y el tratamiento inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno social, laboral y con el personal sanitario. Las necesidades del paciente variarán según el tipo de cáncer, el pronóstico, tratamientos médicos y la fase de enfermedad que esté viviendo. Los pacientes oncológicos presentan durante su enfermedad o en el tratamiento problemas físicos, psicosociales y espirituales.”²

Dentro de los síntomas más frecuentes en los pacientes oncológicos se encuentra el dolor el cual va a depender del tipo y la extensión del cáncer, así como de la propia tolerancia individual del paciente. Es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada. Por ello, el alivio del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la OMS.³

El dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) es una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido. El dolor oncológico debido al cáncer o su tratamiento, casi siempre es crónico, con crisis recurrentes de dolor agudo o episódico, de

intensidad moderado a severo que causa un gran impacto a nivel social, familiar, emocional, espiritual y económico. Aproximadamente un 50% de los pacientes con cáncer presenta dolor en algún momento de su enfermedad, aumentando la prevalencia entre un 75 y un 90% en estadios avanzados. También se encuentran las Neuropatías por tratamiento con quimioterapia o plexopatías por radioterapia.⁴

El doctor José de Jesús Salvador Villafaña Tello, jefe del Departamento Clínico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos UMAE Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI, explica que al confirmarse el diagnóstico de cáncer, entre 60 y 90 por ciento de las personas presentan dolor de moderada a severa intensidad, es decir, de cada 10 que desarrollan tumor maligno por lo menos seis van a demandar atención especializada por dolor, por lo que la Clínica del dolor representa el principal apoyo para derechohabientes que refieren molestias severas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales.”⁵

” En la década de los 60 surgió en México la Medicina del Dolor el 3 de julio de 1990 en el Diario Oficial de la Federación aparece la Norma Técnica para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer. La gran demanda de atención paliativa de los enfermos hace necesario la creación de un programa nacional de cuidados paliativos.”⁵

Los cuidados paliativos no se limitan al tratamiento del dolor; comprende el control de múltiples síntomas físicos y emocionales que pueden aparecer en

cualquier etapa de un paciente con cáncer, incluyen servicios integrales de asesoramiento que pueden aliviar la angustia emocional y espiritual de los pacientes y sus familias.⁵

La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI brinda terapias y tratamientos a derechohabientes con diagnóstico de cáncer, a quienes ayudan a mitigar el dolor físico severo, emocional y espiritual, como parte de la atención multidisciplinaria que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Los objetivos específicos de la unidad de cuidados paliativos son:

1. Proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de la muerte, prevenir posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono u obstinación terapéutica, así como la aplicación de medios extraordinarios, respetando en todo momento la dignidad de la persona.
2. Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas severos asociados a las enfermedades en estado terminal; establecer los protocolos de tratamiento que se proporcionen a los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, a fin de que no se interfiera con el proceso natural de la muerte.
3. Proporcionar al enfermo en situación terminal, los apoyos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que se requieran, a fin de brindarle la mejor calidad de vida posible, y dar apoyo a la familia o a la persona de su confianza para ayudarla a sobrellevar la enfermedad del paciente y, en su caso, el duelo.

MARCO TEORICO

MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida

La OMS define Calidad de Vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno". La calidad de vida se centra en aspectos físicos o mentales del paciente, en la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. Se identifican cuatro dominios: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.⁵

El concepto Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), se define como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona. Para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente.⁶

Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes en la CVRS una funcional, que incluye las actividades diarias, como el autocuidado (bañarse, vestirse, comer, etc.), los trabajos remunerados o no (la actividad ocupacional, las labores de la casa, etc.) y las relaciones sociales con la familia o los amigos; y otra subjetiva el sentimiento de "cómo se encuentra uno mismo" si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, tanto si está con dolor o sin él.⁷

El estudio de la calidad de vida en pacientes oncológicos ha experimentado un auge, debido al reconocimiento de que muchos tipos de cáncer son incurables,

lo cual ha llevado a potenciar los cuidados paliativos. Muchos pacientes, al saber su condición, están más interesados en no perder su autonomía física y en padecer menor número de síntomas, que en la prolongación de la vida.⁷

Existen cuestionarios de medida de calidad de vida en pacientes oncológicos. Se clasifican en dos grupos: Generales aplicables a cualquier tipo de tumor y específicos, diseñados para un determinado tipo de tumor.⁸

EORTC QLQ-C30 versión 3

La versión denominada QLQ-C30 versión 3. Emplea un formato de respuesta de cuatro puntos, exceptuando a aquellas de tipo global que tienen siete puntos. El cuestionario está compuesto por escalas multi-ítem y de un ítem. EORTC QLQ-C30.v3 incluye las siguientes escalas multi-ítem: cinco funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social), tres de síntomas (fatiga, dolor y náusea-vómito) y una que evalúa el estado de salud global/calidad de vida; y seis escalas de un ítem.⁹

Cada escala multi-ítem incluye un conjunto diferente de ítems y ninguno de ellos se incluye en más de una escala. Todas las escalas (multi-ítem y un ítem) están construidas de manera similar. El promedio bruto (raw score) de cada ítem individual es sumado y en la escala multi-ítem dividido entre el número de ítems que integran la escala; esos puntajes de las escalas son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas en el EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.¹⁰

Un puntaje más alto implica un mayor nivel de la respuesta. Una puntuación alta para una escala funcionalidad representa un nivel más alto de función (mayor nivel de salud), una puntuación más alta en el estado de salud global/calidad de vida, implica una mejor calidad de vida.¹¹

0-33 Mala calidad de vida

34-66 Regular calidad de Vida

67-100 Buena calidad de vida

Una calificación más alta en las escalas de área de síntomas representa una mayor sintomatología y/o la presencia de más problemas de salud.¹¹

67-100 Mala calidad de vida

34-66 Regular calidad de Vida

0-33 Buena calidad de vida.

Funcionalidad familiar

La presencia de una enfermedad terminal en uno de los integrantes de la familia provoca una situación de crisis en la Funcionalidad familiar. Cada miembro de la familia presenta una serie de reacciones que influyen en el funcionamiento familiar y en el estado de bienestar o sufrimiento de la persona afectada. La interrelación de los comportamientos individuales provoca una situación de reacción y contrarreacción en el resto de los elementos familiares con un resultado global positivo o negativo sobre la adaptación de la familia a la nueva situación.¹²

Cuando no se consigue la adaptación aparecen comportamientos disfuncionales que son causa de sufrimiento en el paciente y en la familia. Las familias presentan dificultades para flexibilizar sus costumbres y perpetúan patrones previos de funcionamiento que pueden ser ineficaces para adaptarse a la nueva situación. Estos patrones (basados en la historia, valores y reglas familiares) pueden dificultar la comunicación intrafamiliar, la distribución de tareas o el conflicto de roles.¹²

Las familias de personas con enfermedad en fase terminal pueden presentar diversas reacciones emocionales que dificulten su relación interna o con los profesionales, destacan por su frecuencia e impacto la negación, ira o cólera, miedo, ambivalencia afectiva y la depresión. El ejercicio de los cuidados paliativos está centrado, de forma ineludible, en la atención del paciente y la familia con el objetivo de disminuir el nivel de sufrimiento de todas las personas implicadas.¹²

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia. ¹³ En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollándose como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. Evaluar la funcionalidad familiar se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. ¹³

FACES III

Diseñado por Olson cuyas siglas en español significan **Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar**, la cual consta de 20 ítems. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta. El nivel de funcionamiento familiar: Es la correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales: Balanceada o funcional: Moderadamente disfuncional, disfuncional. ¹³

Los datos que se logran con esta prueba son; Tipo de cohesión la cual tiene 2 componentes: El vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. La cohesión determina 4 niveles: Cohesión: No relacionada o desligada de 10 a 34 puntos, Semirrelacionada o separada de 35 a 40 puntos, Relacionada o conectada 41 a 45 puntos, Aglutinada o amalgamada de 46 a 50 puntos. ¹³

Tipo de adaptabilidad que es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar la estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. La adaptabilidad determina 4 tipos: Rígida 10

a 19 puntos, Estructurada 20 a 24 puntos, Flexible 25 a 28 puntos, Caótica 29 a 50 puntos.¹³

MARCO REFERENCIAL

Fonseca, CM y colaboradores. “Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Terminal en Chile”, 2013.

Objetivo general:

Evaluar la percepción de la calidad de vida y la factibilidad técnica de evaluarla, a través de la encuesta FACT-G (Functional Assessment of Cancer Treatment) a pacientes oncológicos terminales los cuales reciben control y tratamiento en el policlínico de cuidados paliativos y alivio del dolor del Hospital Ernesto Torres Galdames de Iquique.

Resultados:

El bienestar físico fue evaluado con 21,22 sobre un máximo de 28, el bienestar Social/Familiar 12,57 de 28; bienestar emocional 16 de 24; el bienestar funcional 17,33 de 28. El Score nal, representa la suma de las cuatro divisiones anteriores, una escala de 0 a 108, fue 67, representa el 62% del puntaje máximo.

Conclusiones:

Es factible la realización de encuestas de calidad de vida en pacientes con cáncer, las cuales nos permiten realizar intervenciones puntuales sobre el paciente y sus cercanos que mejoren su calidad de vida.⁶

Torre F., Martín Colaboradores. “Calidad de Vida Relaciona con la Salud y Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor en Pacientes Atendidos por una Unidad de Tratamiento del Dolor”. España 2008.

Objetivo:

Describir las patologías de dolor crónico maligno de los pacientes que acuden a una unidad del dolor (UTD) a lo largo de 6 meses y el tratamiento recibido. Conocer los cambios en la CVRS, intensidad del dolor, estrategias de afrontamiento y ansiedad/depresión en 6 meses de seguimiento de estos

pacientes. Conocer la relación entre CVRS, afrontamiento, ansiedad/depresión e intensidad del dolor en estos pacientes.

Resultados :

Los pacientes refieren mejoría significativa en los dominios rol físico, dolor corporal y vitalidad del SF-36 al cabo de 6 meses de su paso por la UTD. Se observa una tendencia a disminuir la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa tiende a aumentar.

Conclusiones:

Existe una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor.⁷

De Sanctis - Briggs, V. “Opioides en el Tratamiento del Dolor Oncológico: Calidad de Vida, Grado de Analgesia y Efectos Indeseables”Barcelona 2010”.

Objetivo:

Evaluar la calidad de vida de los pacientes de dolor crónico oncológico tras recibir analgesia, comparando los resultados entre las distintas vías de administración. Los Instrumentos de recolección cuestionario WHOQoL-BREF de la OMS.

Resultados:

Los pacientes del grupo RSL mejoran su calidad de vida una media de 10,143 puntos, estadísticamente significativa ($t=18,589$; $p<0,0005$). Los pacientes del grupo SMLS muestran mejoría media de 11,343 puntos, también estadísticamente significativa ($t=13,406$; $p<0,0005$). Los pacientes del grupo FTD, mejoran una media de 11,4 puntos la calidad de vida, significativa ($t=15,468$; $p<0,0005$).

Conclusiones:

La Calidad de Vida de pacientes con dolor neoplásico, mejora significativamente tras recibir analgesia. La disminución efectiva de la intensidad del dolor repercute estadísticamente significativa en todas las áreas evaluadas que configuran la calidad de vida. Las tres vías de administración son válidas en el objetivo de proporcionar analgesia. La reducción en la intensidad del dolor resulta estadísticamente significativa en los tres grupos evaluados, lo cual reafirma la validez de estas alternativas de tratamiento.¹⁴

Cruz - Bermúdez, HF y Colaboradores. “Medición de la calidad de vida, cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer en ciudad de Bucaramanga Colombia”, Fundación de Alivio contra el Cáncer AVAC. 2013

El objetivo:

Realizar la medición de la CV en sujetos con diversos tipos de cáncer.

Resultados:

La población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos de los cuales 45% (n=18) estaba hospitalizado y 55% (n=22) pertenecían al programa ambulatorio, edad promedio $60,98 \pm 11,5$ años, género predominante (72,5%) femenino, el tiempo promedio de evolución del cáncer $4,68 \pm 5,17$ años, cáncer predominante fue el de mama en el sexo femenino y próstata en el masculino, el promedio del puntaje global del cuestionario EORTC QLQ-C30 fue de 60 ± 9.3 puntos.

Conclusiones:

Los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menor puntaje es el mieloma múltiple y el cáncer de próstata. ¹⁵

Balderas-Peña, LMA y Colaboradores: “Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en diferentes etapas clínicas atendidos en IMSS, Guadalajara, Jalisco, México. 2011. Estudio transversal. El cuestionario utilizado EORTC QLQ-C30

Objetivo:

Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en diferentes etapas clínicas, durante un período de 13 meses. .

Resultados:

En las puntuaciones observadas en la escala que evalúa el Estado General de Salud/Calidad de vida no se encontraron diferencias entre los sujetos con LNH (n 92) y cáncer colo-rectal (p 0.912), con puntajes superiores a 65; no se observó diferencia en las escalas funcionales las cuales fueron en todos los casos mayores a 65 (p NS), ni en las escalas de síntomas las cuales tuvieron puntajes menores a

30 en todas las escalas (p NS), a excepción a la correspondiente a dificultades financieras que mostró puntuaciones más altas en ambas patologías y alcanzó 26.09 en pacientes con LNH y 34.76 en los pacientes con cáncer colo-rectal.

Conclusiones:

Con estos resultados basales es importante un seguimiento con especial atención a los procesos de tratamiento y asistencia, en pacientes con esta neoplasia y su impacto en la calidad de vida ¹⁶

González, A., Fernández, C., García, G. y colaboradores. “Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. 2001 Oviedo España.

Objetivo:

Evaluaron la metodología y las dificultades asociadas a la evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos en situación terminal y avanzada. Se evalúa la calidad de vida con el cuestionario de calidad de vida EORTC, el QLQ-C30, comparando los resultados con los posibles cambios reportados por los pacientes sobre sus síntomas físicos, sobre la percepción del apoyo social y sobre los marcadores de ansiedad y depresión, tras el ingreso en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD). Muestra de 42 pacientes evaluados en dos ocasiones, al ingreso en la UHAD y al cabo de 1, 2, 3 ó 4 semanas. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas, análisis de covarianza de medidas repetidas, y a través de Student para muestras relacionadas.

Resultados

Indican que tan sólo la variable dolor del QLQ-C30 cambia significativamente tras el ingreso en la UHAD ($p < .045$). Por el contrario, la mayoría de las variables referidas a sintomatología clínica y evaluadas por el médico, descienden significativamente tras el ingreso en la unidad (vómitos: $p < .003$; dolor: $p < .000$; estreñimiento: $p < .000$ y sueño: $p < .000$).

Conclusiones:

Los niveles de ansiedad y depresión, que al ingreso ya revelan ausencia de patología, no se modifican desde los valores iniciales. El índice de Karnofsky no

cambia significativamente tras el ingreso en la Unidad. ¹⁷

Monge Rodríguez, FS. “Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del Hospital de EsSalud Cusco Perú” (2006); su estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo y transversal. el instrumento QLQ-C30 (Cuestionario de Calidad de Vida) pacientes con cáncer. Para la validación del instrumento se empleó el método basado en la covarianza de ítems, para este caso el coeficiente de ALPHA DE CRONBACH, en donde se obtuvo un coeficiente alpha de .895, lo que nos indica que existe un alto grado de confiabilidad en este instrumento.

Objetivo: Describir calidad de vida.

Resultados:

El grupo de estudio 48 mujeres con cáncer de mama; un total de 25 pacientes entre las edades de 41 a 45 años. La mayoría de casos existe un deterioro en calidad de vida, en relación a esta variable, se observa que 81.3%, de la población evaluada, puntúa su calidad de vida como mala, a comparación de un 4,2% que puntúa su calidad de vida como buena y muy buena.

Conclusiones:

Esto nos indica un claro deterioro de esta variable tan importante en el curso de esta patología. La calidad de vida, se debe dar una especial atención e importancia, en colaboración con el equipo de salud. ¹⁸

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno. “Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer” Instituto de Medicancer, En Medellín Colombia 2007.

Con tratamiento quimioterapéutico en 28 pacientes de ambos géneros con edades de 18 a 70 años. Se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30. Los resultados muestran una mayor incidencia en cáncer de colon 28.6%, seguido por el de mama 21.4%, de pulmón 14.3%. Las relaciones familiares y sociales tuvieron un alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes ¹⁹

Espantoso Fernández, Padierna, Amigo y Villoría. “Evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos” en España 2007.

Instrumento calidad de vida de Font (QL-CA-AFex), muestra de 53 pacientes, el 41.5% acudían a controles periódicos, 34% en tratamiento con hormonoterapia, 17% recibían quimioterapia y el resto recibía tratamiento sintomático, prevaleció el género femenino, con distintos tipos de tumor con edades comprendidas entre 18 a 81 años de edad.

Los resultados muestran que las valoraciones generales de calidad de vida fueron altas, las subescalas más afectadas fueron la de dificultades psicológicas y la de síntomas.²⁰

Arboláez Estrada M, Pérez Ramírez K. “Calidad de vida en pacientes oncológicos incluidos en ensayos clínicos en Villa Clara Cuba” 2010

Estudio que se realizó en el hospital universitario Dr. Celestino Hernández, participaron 131 pacientes, con distintos tipos de cáncer y diversos tratamientos.

Instrumento

de calidad de vida EORTC QLQ-C30.

Resultados muestran una calidad de vida global buena, se encontraron altos puntajes en las diferentes dimensiones, área física 57.9% calidad de vida buena, área psicológica 60.5% y social 52.3% buena y 24.4% excelente.²¹

Martínez M. (2009), Veracruz, México. "Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes oncológicos", estudio descriptivo y transversal, muestra 74 pacientes.

Resultados:

Más afectados edad adulta madura 38,2%, sexo 55,9% femenino y 44,1% masculino, religión 73,5% católica. Presentaron calidad de vida mala 29,4%, calidad de vida regular y buena 35,3%.

Conclusión:

El sexo femenino afronta dicho padecimiento, así como su percepción de la calidad de vida, a diferencia del sexo masculino cuyo afrontamiento es bajo y mala calidad de vida.²²

Mamani Cabana A. (2008) “Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama” Perú. Estudio transversal, Correlacional en 130 pacientes con cáncer de mama, 61 fueron sometidas a cirugía de conservación y 69 con cirugía radical; se les aplicó el cuestionario FACES III y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.

Resultados:

Las mujeres con cirugía radical de mama, la funcionalidad familiar 43.5% se encuentra separada (cohesión) y en 36.3% flexible (adaptabilidad). En las mujeres con cirugía conservadora el 37.7% de las familias tienen una cohesión separada, y el 34.4% cuentan con una adaptabilidad caótica.

Conclusiones:

Las terapias psicológicas deben incluir a la familia como soporte emocional y racional de la paciente oncológica, a la vez en forma flexible se debe reestructurar la dinámica familiar y enseñar estrategias positivas de afrontamiento para el adecuado funcionamiento familiar de los miembros o subsistemas.²³

Guijarro Expósito (2009). “Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres”, transversal, descriptivo.

Objetivos:

Describir y analizar la estructura familiar y conocer que variables y dimensiones del funcionamiento familiar a partir de la figura materna. Se estudiaron 40 madres de pacientes infantiles entre 4 y 14 años diagnosticados con cáncer, ingresados en las áreas de oncología pediátrica en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid. Se aplicaron: Escala de Clima Social Familiar (FES), FACES III, Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar (FFSS), Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

Resultados:

De FACES III, la Cohesión separada en 47.5%, unida en 32.5% (ambas indican cohesión equilibrada), desprendida 15%, y enredada 5%; adaptabilidad

estructurada 67.5%, flexible 25% (estos forman la porción equilibrada de la adaptabilidad), rígida 7.5%, caótica 0%; de los tres tipos de familia se aprecian 77,5% como equilibradas, 17.5% como medias, y 5% familias extremas.

Conclusiones:

Las madres de niños diagnosticados con cáncer presentan de forma significativa una mayor puntuación en Cohesión Familiar. Los datos del presente estudio avalan la capacidad de adaptación de las familias a situaciones de crisis.²⁴

PEÑAFIEL V. (2009), Ecuador. "Las Funciones Familiares y su incidencia en la recuperación de los pacientes oncológicos ingresados en la Unidad Oncológica Provincial Solea Chimborazo residentes en la Ciudad de Riobamba al año 2009", hizo un estudio descriptivo y transversal, la muestra fue 103 personas.

Resultados:

El 86,5% femenino, el 13,5% masculino, edad adulta; el 82,7% casado, 86,5% católica y el 28,8% estudios superiores y secundaria completa.

Concluyó, que el apoyo de la familia que da al paciente tiene un valioso impacto y contribuye en los resultados de los tratamientos.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con cáncer presentan una serie de repercusiones físicas y emocionales posterior al diagnóstico. El solo hecho de conocer que padece cáncer, su localización, el tipo de tratamiento, la agresividad del mismo, así como el pronóstico incierto, causa depresión. Todo esto afecta no solo al paciente, sino al núcleo familiar, desde la perspectiva de la situación de pareja que vive hasta el rol que cumple como parte de la sociedad. Es importante tomar en cuenta que la situación familiar es de vital importancia para apoyar al paciente durante el transcurso de la enfermedad, aceptar su padecimiento, afrontar los efectos

secundarios del tratamiento y el restablecimiento de las actividades del paciente. Es por eso que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida y funcionalidad familiar de pacientes oncológicos tratados en cuidados paliativos del HGR c/MF No.1 de Cuernavaca Morelos?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Cuando se diagnostica implica sufrimiento físico y afectivo-emocional en el paciente y su familia. Es causa de alteración en la dinámica familiar. Además la relación armónica entre los integrantes de la familia y principalmente el apoyo va a ser de vital importancia para enfrentar la enfermedad, el tratamiento y las repercusiones que trae consigo dicha enfermedad. En el paciente oncológico el dolor tiene una elevada prevalencia, sumándose otros síntomas que afectan la calidad de vida, trae consigo impacto a nivel personal, familiar, social, laboral, económico con aspectos emocionales, culturales y espirituales alterando la funcionalidad familiar. La clínica de cuidados paliativos le da especial importancia a la atención integral de los pacientes oncológicos para mejorar la calidad de vida y funcionalidad familiar, por lo que es importante medir la calidad de vida y la funcionalidad familiar, porque de ello depende el bienestar y el apego terapéutico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la Calidad de Vida y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos tratados en Clínica de Cuidados Paliativos del HGR C/MF No 1, IMSS Cuernavaca Mor.

Objetivos específicos

1. Describir aspecto sociodemográfico de la población estudiada.

2. Identificar el tipo de cáncer que los pacientes estudiados presentan con mayor frecuencia.
3. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes oncológicos con los parámetros físicos, psíquicos, sociales, síntomas generales y específicos de acuerdo al instrumento de recolección específico para la enfermedad.
4. Determinar la funcionalidad familiar de la población estudiada por medio del cuestionario FACE III que integra 3 dimensiones adaptabilidad y cohesión a través de la comunicación.

HIPÓTESIS

La Calidad de Vida y la funcionalidad familiar tienen relación positiva, en los pacientes oncológicos tratados en la Clínica de Cuidados Paliativos del HGR C/MF No 1, IMSS Cuernavaca Mor.

MATERIAL Y METODOS

- TIPO DE ESTUDIO

Enfoque: Cuantitativo

De alcance de la investigación: Descriptivo

Diseño: Estudio transversal

Por la manipulación de variables: Observacional

- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio fue dirigido a pacientes oncológicos, en la Clínica de Cuidados Paliativos, del HGR No.1, IMSS Cuernavaca Mor. Durante el periodo de Julio-Septiembre de 2016.

- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra

Se seleccionó una muestra de pacientes Oncológicos que acudieron a la Unidad de Cuidados Paliativos HGR/MF 1 Morelos, empleando la siguiente fórmula:

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

Donde:

- N = Total de la población = 148
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado = 3.8416
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.50 = 0.50)
- d = precisión (0.05)

$$n = \frac{148 * 3.8416 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * 147 + 3.8416 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = 108 \text{ sujetos a estudiar}$$

Tipo de muestra:

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCION:

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres con diagnóstico oncológico

Derechohabientes

Adscritos en la Unidad de Cuidados Paliativos de la UMF No 1 Cuernavaca Mor

De primera vez y subsecuentes

Pacientes que aceptaron participar en el estudio

Pacientes mayores de 18 años de edad

Criterios de exclusión:

Pacientes sin vigencia actual al momento del estudio

Pacientes con algún tipo de déficit neurológico al momento del estudio

Criterios de eliminación

Con afección y déficit cognitivo

Pacientes con padecimientos diferentes a los oncológicos

Encuestas mal requisitadas

Encuestas sin terminar

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Calidad de Vida

Definición conceptual: percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Definición Operacional: Anexo: 1;

Cuanto mayor es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida. 1-30 Buena calidad de vida o Mala calidad de vida

Función de Variable: dependiente

Tipo o Naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: Continua

Escala de Medición: Ordinal

Indicador: 1.- Nada, 2.- Un poco, 3.- Bastante, 4.- Mucho

Variable: Funcionalidad Familiar

Definición conceptual: Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

Definición Operacional: (anexo 2)

1-20 Cohesión: No relacionada o desligada de 10 a 34 puntos, Semirrelacionada o

separada de 35 a 40 puntos, Relacionada o conectada 41 a 45 puntos, Aglutinada o amalgamada de 46 a 50 puntos.

Adaptabilidad: Rígida 10 a 19 puntos, Estructurada 20 a 24 puntos, Flexible 25 a 28 puntos, Caótica 29 a 50 puntos

Función de variable: dependiente

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: de intervalo

Escala de Medición: Nominal

Indicador: 1.- Nunca, 2.- Casi nunca, 3.- Algunas Veces, 4.- Casi siempre, 5.- Siempre.

Variable: Edad

Definición Conceptual: Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento actual

Función de la variable: De control

Tipo o naturaleza: Cuantitativa

Valores de Medición: Politómica

Escala de medición: Razón

Definición operacional: Pregunta 2 Edad

Indicador o unidad de medida: edad en años con números arábigos

Variable: Sexo

Definición Conceptual: Condición Biológica que distingue a las personas en hombres o Mujeres

Función de la variable: De control

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: Categórica Dicotómica

Escala de medición: nominal

Definición operacional: Pregunta 3: sexos

Indicador o unidad de medida: 1.- Masculino; 2.-Femenino

Variable: Estado Civil

Definición Conceptual: Situación particular de las personas en relación con la institución del Matrimonio.

Función de la variable: De control

Tipo o naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: Categórica Politómica

Escala de medición: Nominal

Definición operacional: Pregunta 4 Estado Civil

Indicador o unidad de medida: 1.- Soltero; 2.- Casado; 3.- Viudo; 4.- Divorciado

Variable: Tipo de Cáncer

Definición Conceptual: Dícese de crecimiento desordenado de tumor en cualquier parte del cuerpo desarrollando células de acuerdo al órgano invadido.

Función de la variable: De control

Tipo o Naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: Categórica Politómica

Escala de Medición: Nominal

Definición Operacional: Pregunta 5 Tipo de Cáncer

Indicador o unidad de medida: 1.- Próstata 2.- Pulmón 3.-Colon 4.- Ca gástrico 5.- Linfoma 6.- Mieloma múltiple 7.- Melanoma 8.- mama 9.- Tiroides 10.- Ca Cu 11.- ovario 12.- epidermoide, 13.- recto 14.- renal, 15.- Retroperitoneal, 16.- Endometrio, 17.- Ca vesícula, 18.- Parótida, 19.- Cuello, 20.- Hepático.

Variable: Fase del tratamiento

Definición Conceptual:

Función de la variable: De control

Tipo o Naturaleza: Cualitativa

Valores de Medición: Categórica Politómica

Escala de Medición: Nominal

Definición Operacional: Pregunta 6 Fase del tratamiento

Indicador o unidad de medida: 1.- Inicio 2.- Estadio intermedio 3.-Final del tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Personal: Investigador principal y asociados

Lugar: En la sala de espera de Clínica de Cuidados Paliativos del HGR c/MF No.1, IMSS Cuernavaca Mor

Tiempo: Durante el periodo de Julio-Septiembre de 2016.

Instrumento de Selección:

Ya documentado con antelación. Se utilizó: La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar [(FACES III); de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992]. Así como la escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30 versión 3, [Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, “on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)] para pacientes oncológicos.

Ruta crítica: Posterior a la evaluación y autorización por el Comité Local de Educación e Investigación en Salud (CLIEIS) 1702 del IMSS, se acudió a la Subdirección médica de la Clínica de Cuidados paliativos, informando del proyecto de investigación y sus objetivos, se solicitaron facilidades para abordar a los pacientes al salir de la consulta. Se obtuvo información de manera directa de pacientes Oncológicos que acudieron a la consulta de Cuidados Paliativos del HGR c/MF No.1, IMSS Cuernavaca Mor. Previa firma de consentimiento informado, se aplicó cuestionarios. Los datos de cada encuesta fueron concentrados en una base de datos Excel (Microsoft Office) para su “limpieza”.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con los datos obtenidos concentrados en la base de datos en Excel (Microsoft Office). La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) para funcionalidad familiar. Así como la escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30 versión 3, para Calidad de vida en pacientes oncológicos. Con las variables cuantitativas y los datos recogidos, para su análisis se realizaron tablas y medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión, (rango y desviación estándar). Para variables cualitativas, se realizó tablas con frecuencias y porcentajes y Chi cuadrada para la comprobación de la hipótesis. Se realizaron tablas para su representación gráfica. En todos los casos se aceptó significancia estadística cuando $p \leq .05$. Se analizaron los datos usando el programa estadístico STATA 12.0 para Windows.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: Investigador principal y asociados

Recursos Materiales: Se necesitó accesorios de oficina:

- Encuestas impresas o fotocopias
- Consentimientos informados
- Lápices o Bolígrafos
- Hojas blancas
- Computadora
- Impresora

Recursos financieros: Absorbidos en su totalidad por los investigadores participantes.

Viabilidad: Después de analizar los recursos humanos, físicos y financieros, los investigadores declaran que no hay conflicto de intereses.

ASPECTOS ÉTICOS

Posterior a la valoración y recomendaciones del CLIEIS 1702, y bajo firma de consentimiento informado, se procedió al levantamiento de la muestra abordando al paciente oncológico de manera cordial y personal.

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a los aspectos éticos médicos que conllevan a su realización basándose en lo estipulado por el código de Núremberg se solicitó a cada participante la firma de un consentimiento informado de forma voluntaria.

Con respecto a la declaración de Helsinki se respetó la autonomía del paciente, el principio de beneficencia pretendiendo lograr un mayor beneficio con el mínimo riesgo.

Así como el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos.

En los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud principalmente en su título primero, artículo 17 con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes.

RESULTADOS

ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO

La población de estudio estuvo conformada 110 pacientes con el diagnóstico de cáncer los cuales se encontraban en el programa de Cuidados Paliativos, con rango de edad mínimo de 25 años y máxima de 87 años, media de 60 y DE (± 13.6) años y prevaleció el grupo de 46-66 años en un 59(53.64%), ver tabla 1 y tabla 1.1

TABLA 1 EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

EDAD	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Moda	DE
AÑOS	25	87	60.7	60	72	± 13.6
DE Desviación estándar						

TABLA 1.1 EDAD DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES, POR GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Media	Mediana	DE
25-45 años	61.2	61.5	± 10.9
46-66 años	62.4	63	± 14.7
67-87 años	57.9	57	± 12.55
DE Desviación estándar			

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ENCUESTADOS

VARIABLE	n	%
Sexo		
Masculino	48	43.64%
Femenino	62	56.36%
Grupo de edad		
25-45 años	14	12.73
46-66 años	59	53.64
67-87 años	37	33.64
Estado Civil		
Soltero	15	13.64
Casado	73	66.36
Viudo	17	15.45
divorciado	5	4.55
Fase del tratamiento		
Inicio	33	30
Edo intermedio	60	54.55
final	17	15.45
Primera vez o subsecuente		
Primera vez	38	34.55
Subsecuente	72	65.45
Tipo de Cáncer		
Próstata	17	15.45%
Pulmón	6	5.45%
Colon	6	5.45%
Gástrico	16	14.55%
Linfoma	3	2.73%
Mieloma múltiple	3	2.73%
melanoma	0	0%
Mama	19	17.27%
Tiroides	6	5.45%
Ca Cu	5	4.55%
Ovario	7	6.36%
Epidermoide	1	0.91%
Recto	5	4.55%
Renal	4	3.64%
Retroperitoneal	3	2.73%
Endometrio	1	0.91%
Ca vesícula	1	0.91%
Parótida	2	1.82%
Laringe	2	1.82%
Hepático	3	2.73%

CALIDAD DE VIDA

De acuerdo al Estado Global de Salud: Se encontró que el 41.81% (46) presenta un estado global de salud buena, en cuanto al área de funcionamiento: con una buena calidad de vida en todas sus escalas con mayor predominio en la función cognitiva 87.27% (96), seguido de rol emocional 77.27% (85), De acuerdo al área de síntomas se encontró pocas manifestaciones sintomatológicas en diarrea 8.18 (9), disnea 9.09% (1), náusea y vómito 5.45 (6), lo cual indica una buena calidad de vida. Ver tablas 3,4 y 5.

TABLA 3 RESULTADOS DEL ESTADO GLOBAL DE SALUD SEGÚN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EOQLQ C30

ESTADO GLOBAL DE SALUD	n=110	%
Buena	46	41.81
Regular	40	36.36
Mala	24	21.81

% Porcentaje

n=110 Numero de participantes

TABLA 4. RESULTADOS DEL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EOQLQ C30

FUNCION FISICA	n=110	%
Buena	67	60.91
Regular	25	22.73
Mala	18	16.36
ACTIVIDADES COTIDIANAS	n=110	%
Buena	52	47.27
Mala	41	37.27
Regular	17	15.45
ROL EMOCIONAL	n=110	%
Buena	85	77.27
Regular	20	18.18
Mala	5	4.55
FUNCION COGNITIVA	n=110	%
Buena	96	87.27
Regular	10	9.09
Mala	4	3.64
FUNCION SOCIAL	n=110	%
Buena	68	61.82
Mala	28	25.45
Regular	14	12.73

% Porcentaje

n=110 Numero de participantes

TABLA 5. RESULTADOS DEL ÁREA DE SINTOMAS SEGÚN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EOQLQ C30

FATIGA	n=110	%
Buena	58	52.73
Mala	27	24.55
Regular	25	22.73
DOLOR	n=110	%
Buena	53	48.18
Mala	39	35.45
Regular	18	16.36
NAUSEA Y VOMITO	n=110	%
Buena	95	86.36
Regular	9	8.18
Mala	6	5.45
DISNEA	n=110	%
Buena	100	90.91
Regular	0	0
Mala	1	9.09
INSOMNIO	n=110	%
Buena	74	67.27
Regular	0	0
Mala	36	32.73

ANOREXIA	n=110	%
Buena	81	73.64
Regular	0	0
Mala	29	26.36
ESTREÑIMIENTO	n=110	%
Buena	86	78.18
Regular	0	0
Mala	24	21.82
DIARREA	n=110	%
Buena	101	91.82
Regular	0	0
Mala	9	8.18
IMPACTO ECONOMICO	n=110	%
Buena		
Regular	82	74.55
Malo	28	25.45

% Porcentaje

n=110 Numero de participantes

**TABLA 6. COMPARATIVA DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA
EOQLQ C30 POR AREAS**

Calidad de Vida	Estado Global de Salud		Area de Funcionamiento		Area de sintomas	
	n=110	%	n=110	%	n=110	%
Buena	46	41.81	63	57.27	72	65.45
Regular	40	36.36	40	36.36	35	31.82
Mala	24	21.82	7	6.36	3	2.73

RESULTADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR según FACES III

En cuanto a la cohesión se encontró un 60% de familias relacionadas. En cuanto a la Adaptabilidad un 34% de familias estructuras. Ver tabla 7

TABLA 7 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A FACES III

COHESIÓN	N=110	%
No relacionada	1	.91%
Semirrelacionada	22	20%
Relacionada	66	60%
Aglutinada	21	19%
ADAPTABILIDAD	n=110	%
Rígida	14	13%
Estructurada	38	34%
Flexible	35	32%
Caótica	23	21%

DISCUSION

El presente estudio se realizó sin contratiempos, con facilidades e infraestructura proporcionadas por el instituto Mexicano del Seguro Social en el Área de cuidados paliativos, así como la amable participación de pacientes oncológicos, cuya edad mínima fue de 25 y máxima de 87 años de edad prevaleció el grupo de edad 46-66 años con una edad promedio 60 y DE (± 13.6) años lo que se asemeja al estudio de Cruz Bermúdez (Colombia, 2013) donde la edad promedio fue $60,98 \pm 11,5$ años.

Los resultados arrojaron que el sexo que predominó fue el femenino, lo que concuerda con el estudio de Espantoso Fernández (España, 2007), Cruz Bermúdez y Colaboradores (Bucaramanga Colombia, 2013); Martínez M (México, 2009) siendo el sexo femenino 55,9% y masculino con 44,1 %, aunque no es significativo.

En cuanto el estado civil del presente estudio se reportó que la mayoría de los pacientes son casados; en el estudio de Peñafiel V. (Ecuador, 2009) supero por mucho el caso de pacientes 86,5% casados.

Se encuestaron a todos los pacientes oncológicos que aceptaron participar en el estudio, estando éstos en atención de primera vez y subsecuente. La mayoría se encontraba en atención subsecuente y en estado intermedio de la fase del tratamiento oncológico. No existen estudios que hayan reportado estas variables por lo cual no podemos contrastar nuestros resultados con otra población.

El tipo de Cáncer que predominó en nuestro estudio fue el cáncer de mama en el caso de las mujeres, seguido de cáncer de próstata en varones. En el estudio de Cruz Bermúdez (Colombia, 2013) el cáncer predominante también fue el de mama y próstata. A diferencia de los resultados obtenidos por Gaviria (Colombia, 2007) en el cual se muestra una mayor frecuencia en cáncer de colon 28.6%, seguido por el de mama 21.4%, y el de pulmón 14.3%.

De acuerdo a la Calidad de vida: Con el cuestionario EORTC QLQ-C30. El promedio del puntaje del estado global de salud: 56.88 (± 23.99); área de funcionamiento: función cognitiva 81.81 (± 21.83); área de síntomas: dolor 50.29 (± 26.6), seguido de insomnio 36.05 (± 36.43). En el estudio de Cruz Bermúdez (Colombia, 2013) fue de 60 ± 9.3 puntos, Arbolález (Cuba, 2010); los resultados muestran una calidad de vida global buena, en el área física el 57.9% tenían calidad de vida buena, para el área psicológica representó el 60.5% y en la social encontramos que el 52.3% era buena y 24.4% excelente; cabe señalar que estos investigadores utilizaron el cuestionario EORTC QLQ-C30.

González, A (España, 2001) indican en su estudio que la variable dolor cambia significativamente tras el ingreso en la UHaD. Al igual que en el estudio referido, la mayoría de las variables referidas a sintomatología clínica evaluada, descienden significativamente tras el ingreso en la unidad (vómitos, dolor, estreñimiento e insomnio).

Balderas-Peña (2011, México) refiere en su estudio las dificultades financieras que fue la que mostró puntuaciones más altas en ambas patologías sobre todo en mujeres jóvenes con cáncer de mama, en nuestro estudio se encontró un impacto económico regular. (Ya que se midió en pacientes con diferentes tipos de cancer y no solo en el de mama, como en el estudio de Balderas-Peña).

Con respecto a las dimensiones obtenidas sobre el estado global de salud: Bueno en 41.81%; área de funcionamiento bueno en 57.27%; área de síntomas bueno en 65.45%. Monge Rodríguez (Perú, 2006) en su investigación nos mostró que en la mayoría de casos existe un deterioro en la calidad de vida, observándose que el 81.3%, de la población evaluada, puntúa su calidad de vida como mala, a comparación de un 4,2% que puntúa su calidad de vida como buena y muy buena.

Martínez M. (México, 2009) en su trabajo encontró que el 29,4% presenta calidad de vida mala, el 35,3% calidad de vida regular y buena. Mientras que, Gaviria-Vinaccia (Colombia, 2007) muestra en sus resultados una calidad de vida favorable tanto en las dimensiones funcionales como en las de síntomas lo que concuerda con nuestro estudio.

Torre F. (España, 2008) Muestran que los pacientes refieren una mejoría significativa en los dominios rol físico, dolor corporal y vitalidad al cabo de 6 meses de su paso por la UTD. Se observa una tendencia a que disminuya la intensidad del dolor y la sintomatología depresiva, sin embargo la sintomatología ansiosa tiende a aumentar. Este estudio utilizó como instrumento el SF-36. En general los pacientes reportan calidad de vida, si disminuye los síntomas del dolor.

En cuanto a la funcionalidad familiar según FACES III se encontró con respecto a la cohesión un 60% de familias relacionadas, Mamani - Cabana (Lima Perú, 2008) observó que las mujeres con cirugía radical de mama, presentaban familias separadas en un 43.5%, y las mujeres con cirugía conservadora presentaban en un 37.7% familias separadas, Guijarro - Expósito (Madrid España, 2009) encontró un 47.5% de familias separadas.

En la Adaptabilidad se encontraron Familias Estructuradas en un 34%. Mamani Cabana, en mujeres con cirugía radical de mama encontró un 36.3% de familias flexibles y en las mujeres con cirugía conservadora un 34.4% tenían familias caóticas. Guijarro - Expósito encontró un 67.5% de familias estructuradas.

Teniendo presente que en las diversas investigaciones los pacientes oncológicos encuestados, presentan diferentes tipos de cáncer.

CONCLUSIONES

Existe una asociación negativa entre la calidad de vida y la sintomatología e intensidad del dolor, fatiga, insomnio e impacto económico. La Calidad de Vida de los pacientes afectados de dolor neoplásico mejora significativamente tras recibir analgesia. La disminución de la intensidad del dolor repercute de manera significativa en la calidad de vida.

La mayoría de las familias tienen la capacidad de adaptación a crisis para normativas como lo es la enfermedad crónica o terminal. El apoyo familiar que se da al paciente tiene un impacto favorable y contribuye en los resultados terapéuticos, de sostén y paliativos. Por lo que es necesario un equipo multidisciplinario que permita atención integral, que proporcione orientación y terapias psicológicas y tanatológicas, por supuesto, alivio del dolor, donde se incluya a la familia como soporte emocional y racional del paciente oncológico, encaminadas a dar soporte para reestructurar la dinámica familiar y enseñar estrategias positivas de afrontamiento para el adecuado funcionamiento familiar de los miembros o subsistemas.

Los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos son Ca de mama y cáncer de próstata, por lo que se debe continuar con autoexploración y con cribados de detección de cáncer de mama así como sensibilización en el varón para practicarse estudios específicos o antígeno prostático.

Se cumplieron a cabalidad los objetivos generales y específicos, la pregunta de investigación se vio contestada ampliamente, por lo que es factible la realización de encuestas de calidad de vida en pacientes oncológicos, que nos permita conocer la situación en la que se encuentran desde el punto de vista de calidad de vida y funcionalidad familiar y poder influir en la atención médica realizando intervenciones puntuales directo a su sintomatología general, pero especialmente del dolor, con mejora en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arteaga Labra EA. et al. Cuidados Paliativos, Guía de Practica Clínica [Internet] México, D.F 2010 Publicado por CENETEC, Disponible: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00E.pdf
2. Yélamos A, C, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer [Internet] Rev. Cáncer 2006, 20 (1): 14-21. Disponible: <https://es.scribd.com/document/256055370/Necesidades-Emocionales-en-El-Paciente-Con-Cancer>
3. A.M Araujo, M, Gómez, J. Pascual, M., et al, Tratamiento del dolor en el paciente oncológico, An. Sist. Sanit. Navar. [Internet] 2004: 27 supl 3: 63-75. Disponible:

4. Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, Dolor Oncológico [Internet] Clínica Del Dolor Comedem, 2014, Disponible: <http://clinicadeldolorcomedem.com/blog/dolor-oncologico/>
5. Guía de practica clínica: Cuidados Paliativos, [revista electrónica] CENETEC, México, D.F 2010. Disponible: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00E.pdf
6. Torre F., Martin Corral J., Callejo A., et al. Calidad de Vida Relaciona con la Salud y Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor en Pacientes Atendidos por una Unidad de Tratamiento del Dolor . Rev. Soc. Esp. Del Dolor, Vol. 15, No 2, 2008, pág. 83-93.
7. Fonseca C M, Schlack V C, et al. Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer Terminal, Rev. Chil Cir. Vol. 65 No 4, 2013; Pág. 321-328.
8. Ferriols Lisart R Alós Almiñana, M. Magraner Gil, J., et al, Calidad de Vida en Oncología Clínica, farm hosp 1995; 19 (6): 315-322.
9. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al, On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jXbEnrNrvvUJ:https://wiki.nci.nih.gov/download/attachments/167543767/EORTC_QLQ_C30%2520_scoring_Manual.pdf%3Fversion%3D1+%&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
10. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 365-76
11. Solano Murillo, P., Iñiguez Virgen, A., Balderas-Peña, L., et al, Papel del cuestionario EORTC QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes

mexicanos con cáncer de cabeza y cuello Nutrición Hospitalaria [Internet] Nutrición Hospitalaria, 2012, Vol. 27, No 2, pp 477-482. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226786019>> ISSN 0212-1611.

12. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro J.M, et al. Atención a la familia, [Internet]. Cuidados Paliativos, 2002; Vol. 30, No 9, pp 576-680: Disponible www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13040178-S300
13. Santana Pérez Blas D. Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar del Adulto Mayor [Tesis Doctoral] Texistepec, Veracruz: IMSS, UNAM 2008.
14. De Sanctis Briggs V. Opioides en el Tratamiento del Dolor Oncológico: Calidad de Vida, Grado de Analgesia y Efectos Indeseables [Tesis Doctoral] Barcelona, Hospital Universitari del Sagrat Cor, 2010.
15. Bermúdez C, Harold F, et al; Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga Colombia [Internet]. Revista de Enfermería. 2013; No 30, pp 294-303. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/160351>.
16. Balderas Peña L Ma, et al, Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas Atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet], Elsevier 2011; vol. 14, pp 130132. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014471?np=y&npKey=0bb7a0e7160ef070bc4dda1ecea456474a1e7107585dc7eb5e23abbf4ed5bcc0>
17. González A, Fernández C, et al, Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria [Internet], Psicothema 2001 vol. 13, No 2, pp 310-317. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/262760182_Cuestionario_de_calidad_de_vida_QLQ_C30_version_30_Estudio_de_validacion_en_espanol_con_pacientes_con_cancer_de_prostata.
18. Monge Rodríguez F S. Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de EsSalud Cusco"; [Internet], SITUA, 2006, vol. 15, No1,2, pp 48-54: Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf
19. Gaviria A, Vinaccia S, Riveros MF et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. [Internet], Psicología, Barranquilla Colombia, 2007, No 20 pp. 50-75. Disponible: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/20/3_Calidad%20de%20vida.pdf
20. Espantoso R., Fernández C., Padierna C., et al, Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado su tratamiento. [Internet], 2007. Disponible:

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0707120043 A.PDF>

- ²¹. Arbeláez Estrada M., Pérez Ramírez K., Cárdenas P, et al. Calidad de vida en pacientes oncológicos incluidos en ensayos clínicos en villa clara cuba. [Internet], 2010. Disponible: URL <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1096/1039/>
- ²². Martínez Gómez M. Afrontamiento y calidad de Vida en pacientes oncológicos [Tesis de Licenciatura] . Veracruz, Universidad Veracruzana, 2009
- ²³. Mamani Cabana Adolfo Edgar. Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama [tesis maestría]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de psicología; 2008. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/620/1/mamani_ca.pdf
- ²⁴. Guijarro Expósito A. Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres [Tesis doctoral]. Madrid, España; 2009
- ²⁵. Peñafiel León V. Las funciones familiares y su incidencia en la recuperación de los pacientes oncológicos ingresados en la unidad oncológica provincial Solea Chimborazo residentes en la Ciudad de Riobamba al año 2009. Ecuador, 2009.

ANEXOS

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLOGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF
No.1, IMSS CUERNAVACA MOR.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2016-2017													
Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero Febrero
1. Selección del tema	■												
2. Redacción del proyecto		■	■										
3. Recabar información			■										
4. Revisión bibliográfica				■									
5. Revisión de asesores				■									
6. Integración del proyecto					■	■	■						
7. Registro del protocolo								■	■	■			
8. Modificaciones y correcciones									■	■			
9. Recolección de datos									■	■	■		
10. Análisis y resultados											■	■	
11. Redacción de la investigación												■	
12. Integración total y revisión final												■	
13. Presentaciones												■	
14. Impresión de tesis													■
15. Presentación final													■

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL HGR C/MF No.1, IMSS CUERNAVACA MOR.

Lugar y Fecha: Cuernavaca, Morelos a ____ de _____ del 2016

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Medir la Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en Pacientes Oncológicos tratados en la Unidad de Cuidados Paliativos Del HGR c/MF No 1 Cuernavaca Morelos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario sobre funcionalidad familiar y calidad de vida

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: una posible molestia relacionada al tiempo que se invierta en contestar los cuestionarios. Será un beneficio conocer el grado de Calidad de vida y funcionalidad familiar con la que cuento durante este proceso de enfermedad.

Los investigadores responsables se han comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

En caso de alguna duda que tenga sobre el estudio podrá consultar y/o notificarlos al Coordinador del estudio: Dra. Vianey Cárdenas Pedraza a su teléfono celular 7351000447 o al teléfono de su casa: 735 35 766 25, quien lo orientará sobre el procedimiento a seguir.

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.

Los investigadores me han dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS: ESCALA DE LA EORTC QLQ-C30

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** 1.- Masculino _____ 2.- Femenino _____
ESTADO CIVIL: 1.- Soltero(a) _____ 2.- Casado(a) _____ 3.- Viudo(a) _____ 4.- Divorciado _____
TIPO DE CANCER: 1.- Próstata _____ 2.- Pulmón _____ 3.- Colon _____ 4.- Ca gástrico _____ 5.- Linfoma _____ 6.- Mieloma múltiple _____ 7.- Melanoma _____ 8.- mama _____ 9.- Tiroides _____ 10.- Ca Cu _____
FASE DEL TRATAMIENTO: 1.- Inicio _____ 2.- Estadio intermedio _____ 3.- Final del tratamiento _____

RODDE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.- Tiene Dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar la bolsa de la compra o una maleta.	1	2	3	4
2.- Tiene dificultades para dar un paseo largo	1	2	3	4
3.- Tiene dificultades para dar un paseo corto fuera de casa	1	2	3	4
4.- Tiene que quedarse en cama o sentado la mayor parte del día	1	2	3	4
5.- Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño	1	2	3	4
6.- Tiene problemas para hacer su trabajo o las tareas de casa	1	2	3	4
7.- Es totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas de casa	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
8.- Ha tenido asfixia	1	2	3	4
9.- Ha tenido dolor	1	2	3	4
10.- Ha necesitado para descansar	1	2	3	4
11.- Ha tenido problemas para dormir	1	2	3	4
12.- Se ha sentido débil	1	2	3	4
13.- Le ha faltado el apetito	1	2	3	4
14.- Ha tenido nausea	1	2	3	4
15.- Ha vomitado	1	2	3	4
16.- Ha estado estreñido/a	1	2	3	4
17.- Ha tenido diarrea	1	2	3	4
18.- Ha estado cansado/a	1	2	3	4
19.- Le molesto el dolor para hacer sus actividades diarias	1	2	3	4
20.- Ha tenido problemas para concentrarse en leer el periódico o ver la TV	1	2	3	4
21.- Se sintió nervioso/a	1	2	3	4
22.- Se sintió preocupado/a	1	2	3	4
23.- Se sintió irritable	1	2	3	4
24.- Se sintió deprimido	1	2	3	4
25.- Ha tenido dificultad para recordar cosas	1	2	3	4
26.- Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida familiar	1	2	3	4
27.- Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida social	1	2	3	4
28.- Ha tenido problemas económicos por su estado físico o el tratamiento medico.	1	2	3	4

RODEE CON UN CIRCULO EL NUM DEL 1 AL 7 LO QUE MEJOR SE APLIQUE PARA USTED	PESIMA				EXCELENTE		
29.- Como valoraría su condición física general durante la semana pasada	1	2	3	4	5	6	7
30.- Como valoraría su calidad de vida general durante la semana pasada	1	2	3	4	5	6	7

FACES III

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	1 Nunca	2 Casi Nunca	3 Algunas Veces	4 Casi siempre	5 Siempre
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.- aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8.- nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11.- Nos sentimos muy unidos					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente					
14.- En nuestra familia las reglas cambian					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es muy importante					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar					