



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA
FUNCIONALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VERSIÓN PRÓSTATA
(FACT-P) EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN
LA CIUDAD DE MÉXICO**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARCOS ESPINOZA BELLO

DIRECTOR:

DR. ÓSCAR GALINDO VÁZQUEZ

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

COMITÉ:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. ABEL LERMA TALAMANTES

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

DR. JOSÉ LUIS AGUILAR PONCE

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Ciudad de México

ENERO 2018



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.

Este trabajo está dedicado a:

Mi familia:

Sin su apoyo y comprensión este trabajo no hubiera sido posible. Gracias a mi mamá Irma por sus años de esfuerzo, en tratar de darnos una buena educación, creo que finalmente verás el fruto de este arduo trabajo, te quiero. A mi papá Vicente que ha sido una fuente de aprendizaje continuo para mí, este trabajo va por ti. Es para los dos con mucho cariño.

A mis hermanos y mis sobrinos: Todas las aportaciones, aprecio y cariño de Raquel, Jesús, Miriam y Janeth me han enriquecido y me han hecho mejor persona, sigo aprendiendo de todos, nos toca esforzarnos aún más por un mejor futuro hermanos. A mi sobrino Leonardo que es y sigue siendo una luz en la casa, le has dado alegría a todos, en especial a mí, sigue creciendo. A el sobrino que viene en camino que al escribir estas líneas no se qué será, deseo de corazón lo mejor para ti, espero con ansias tu llegada.

A Ariadna por abrir mi perspectiva a otros horizontes, a ver la práctica clínica con una perspectiva humanista, por tu apoyo, aprecio y cariño, me has hecho ver la vida de forma distinta, gracias por fortalecerme y hacer que este trabajo sea una realidad.

Agradecimientos:

Quiero agradecerle a mi asesor de tesis, el Dr. Oscar Galindo Vázquez, sus conocimientos invaluable y profesionalismo me permitieron llevar acabo esta investigación, además de su paciencia y comprensión, sin ellas este trabajo tampoco hubiera sido posible.

Agradezco al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su interés en mejorar continuamente la atención psicológica en pacientes de diversas instituciones, sus invaluable clases, que me han servido mucho para ver el lado humano de la enfermedad y además de aspectos metodológicos los cuales fueron de gran relevancia para este trabajo.

Al Dr. Abel Talamantes, por su inagotable paciencia para explicarme de manera sencilla procesos complejos, por su aprecio, amistad y el amor al conocimiento, me han permitido avanzar como profesionista y ser humano, gracias Dr.

A la Dra. Nancy Caballero por su apoyo, sus precisas observaciones, profesionalismo y por creer en mi cuando me entrevistó en la maestría, no la defraudaré.

Al Dr. José Luis Aguilar Ponce, gracias por apoyar el proyecto, y por su interés en incentivar y realizar investigación en áreas importantes como es la psicooncología.

Agradezco al Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Universidad Nacional Autónoma de México, por el apoyo y patrocinio

para la realización de este proyecto de tesis y por impulsar la investigación, que es tan necesaria en nuestro país.

Agradezco al Instituto Nacional de Cancerología INCan, esta institución de enorme calidad, que me brindó el apoyo durante mi residencia de maestría.

Un agradecimiento especial a los médicos del INCan como el Dr. Miguel Ángel Jiménez, Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia, la Dra. Nora Sobrevilla, que me brindaron su confianza y me abrieron sus espacios para poder realizar este trabajo. Al equipo de enfermería especialmente a Conchita que me ayudó en el reclutamiento de pacientes.

A mis profesores de la maestría de los cuales aprendí mucho, me llevo su calidez y su pasión por la psicología.

A mis amigos y compañeros de la maestría que me brindaron su amistad y que hacían del estudio algo más llevadero.

Al Dr. Rubén Lara Piña que me impulsó a seguirme preparando y aprendiendo, ha sido un honor ser su alumno, espero seguir aprendiendo mucho más a su lado.

A la Dra. Lilia Mestas, que me ayudó en mi preparación para entrar en la maestría y me brindó su amistad incondicional, estoy eternamente agradecido, al igual que con el Lic. Santiago Rincón.

Y a todos los que por falta de espacio no puedo incluir, pero que nunca olvido.

ÍNDICE**PORTADA**

ÍNDICE	I
ÍNDICE DE TABLAS.....	III
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. CÁNCER DE PRÓSTATA	6
CÁNCER.....	6
<i>Cáncer de próstata.....</i>	7
EPIDEMIOLOGÍA.....	7
<i>Sintomatología física y psicológica en pacientes con CP</i>	8
FACTORES DE RIESGO	9
EL SISTEMA TNM DE ESTADIFICACIÓN (CLASIFICACIÓN POR ETAPAS) DEL AJCC.....	10
<i>Agrupamiento de las categorías para establecer las etapas</i>	11
TRATAMIENTO MÉDICO	13
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA	16
DEFINICIÓN	16
MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER.....	17
<i>Instrumentos que miden CV en el área de salud.....</i>	17
<i>Instrumentos que consideran CV en pacientes con cáncer en general</i>	19
<i>Instrumentos específicos para medir CV en pacientes con CP</i>	20
<i>Estudio previo al proceso de validación: Calidad de vida en el paciente con cáncer de próstata</i>	23
RESULTADOS DOCUMENTALES	31
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIÓN	32
VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER FACT-P.....	33
<i>Planteamiento y justificación del problema.</i>	33
<i>Pregunta de investigación.....</i>	34
<i>Resultados esperados.....</i>	34
<i>Objetivo general.....</i>	35

<i>Objetivos específicos</i>	35
OBJETIVO SECUNDARIO	35
<i>Objetivos específicos secundarios</i>	35
VARIABLES.....	36
<i>Participantes</i>	37
TIPO DE ESTUDIO	37
INSTRUMENTOS	37
PROCEDIMIENTO.....	38
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
<i>Etapa 1. Prueba piloto</i>	39
<i>Etapa 2. Validez y confiabilidad del FACT-P</i>	42
RESULTADOS.....	45
ESTRUCTURA FACTORIAL	45
<i>Confiabilidad por consistencia interna</i>	49
<i>Validez concurrente</i>	49
<i>Discriminación del instrumento FACT-P total, para identificar niveles de CV y funcionalidad entre pacientes metastásicos o no metastásicos</i>	50
<i>Modelos de regresión logística para identificar factores psicológicos y clínicos en calidad de vida, ansiedad y depresión</i>	53
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS.....	65
APÉNDICES.....	79
APÉNDICE 1.....	80
APÉNDICE 2.....	82
APÉNDICE 3.....	83
APÉNDICE 4.....	85
APÉNDICE 5.....	86
APÉNDICE 6.....	88
APÉNDICE 7.....	89
APÉNDICE 8.....	92
APÉNDICE 9.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CATEGORÍAS T,N Y M Y ESTADIFICACIÓN DEL CP (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016D).	11
TABLA 2. COMPARACIÓN DE DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VERSIÓN PRÓSTATA (FACT-P).....	20
TABLA 3. COMPARACIÓN DE DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE EL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VERSIÓN GENERAL (FACT-G).	22
TABLA 4. SISTEMA PICO DE INTERVENCIONES CON TERAPIA PSICOLÓGICA PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA.....	24
TABLA 5. TÉRMINOS MESH Y TEXT WORDS UTILIZADOS PARA LA BÚSQUEDA	24
TABLA 6. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE CALIDAD DE VIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA (ESPINOZA, 2017).....	26
TABLA 7. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DEL PILOTEO	40
TABLA 8. PREGUNTAS CONFUSAS O DIFÍCILES EN EL PILOTEO	41
TABLA 9. REACTIVOS CONFUSOS Y SUGERENCIAS DE CAMBIO	41
TABLA 10. DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	42
TABLA 11. PASOS DEL ANÁLISIS EXPLORATORIO Y DETERMINACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL.....	44
TABLA 12. FACTORES ROTADOS PARA EL FACT-P, ORDENADOS SEGÚN SU CARGA FACTORIAL.	46
TABLA 13. FACTORES ROTADOS PARA EL FACT-G, ORDENADOS POR CARGA FACTORIAL.	48
TABLA 14. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DEL FACT-P VERSIÓN MEXICANA, CON EORTC QLQ-30 Y HADS	51
TABLA 15. COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES NO METASTÁSICOS Y METASTÁSICOS. LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR. LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS SE HIZO MEDIANTE CHI CUADRADO O U DE MANN WHITNEY	52
TABLA 16. COMPARACIÓN DE NIVELES DE CALIDAD DE VIDA ENTRE PACIENTES NO METASTÁSICOS Y METASTÁSICOS. LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR. LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS SE HIZO MEDIANTE CHI CUADRADO O U DE MANN WHITNEY.	53
TABLA 17. COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON BAJA Y ALTA CALIDAD DE VIDA (N=201). LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR. LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS SE HIZO MEDIANTE CHI CUADRADO O U DE MANN WHITNEY	54
TABLA 18. COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SIN DEPRESIÓN (N=201). LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR.	55
TABLA 19. COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON ANSIEDAD Y SIN ANSIEDAD (N=201). LOS DATOS SE EXPRESAN COMO FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES, MEDIANAS O RANGO INTERCUARTILAR.	56
TABLA 20. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON MALA CALIDAD DE VIDA Y CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN O SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.	58
TABLA 21. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES METASTÁSICOS Y NO METASTÁSICOS EN CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA. (N = 201). -	95
TABLA 22. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.	105

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CRITERIOS PARA LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA	255
FIGURA 2. PREVALENCIAS DE CALIDAD DE VIDA.....	96
FIGURA 3. PREVALENCIAS DE FUNCIONALIDAD.....	96
FIGURA 4. PREVALENCIAS DE MALESTAR EMOCIONAL.....	96
FIGURA 5. PREVALENCIAS DE DEPRESIÓN.....	96
FIGURA 6. PREVALENCIAS DE ANSIEDAD.....	97
FIGURA 7. PREVALENCIAS DE ESTADO DE SALUD.....	97
FIGURA 8. PREVALENCIAS DE ESTADO EMOCIONAL	97
FIGURA 9. FLUJO ESPERADO DE PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	104
FIGURA 10. FORMULA DEL CAMBIO CLÍNICO OBJETIVO (CCO)	110

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata (CP) es la neoplasia más frecuente en varones mexicanos, en los cuales se ve afectada su calidad de vida (CV): percepción del impacto que ha tenido en su vida la enfermedad y los tratamientos médicos. Pocos estudios han abordado la CV en el paciente con CP en México y no se han empleado instrumentos validados para la dicha población. **Objetivo:** Validar el Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer (FACT-P) para pacientes con CP en población mexicana y explorar la capacidad clínica del FACT-P para discriminar características de calidad de vida y funcionalidad en pacientes con cáncer de próstata. **Método:** Se evaluaron 201 pacientes de 49 a 90 años en cualquier etapa clínica, en tratamiento o seguimiento. Fue un estudio: transversal no experimental. Se inició con un piloteo con 30 pacientes seguido de la aplicación del FACT-P con el Inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida (EORTC QLQ 30) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se realizaron análisis exploratorio, de estructura factorial con rotación varimax, consistencia interna, coeficiente de correlación de Pearson y comparación entre pacientes con y sin metástasis a través de pruebas no paramétricas. **Resultados:** Se obtuvo esfericidad de Bartlett $p=.001$, índice Kaiser Meyer Olkin (KMO=.774) además un modelo de cuatro factores que explicaron el 64.65% de la varianza, alfa de Cronbach de .92 y la mayoría de las correlaciones entre FACT-P, EORTC QLQ 30 y HADS fueron estadísticamente significativas (r de Pearson de .146 a .716, $p<.01$ y $p<.05$). Se encontraron diferencias significativas entre pacientes metastásicos y no metastásicos ($p<.05$), con la regresión logística se identificó que los factores asociados de manera independiente con mala CV son escolaridad baja, estar inactivo económicamente, presencia de depresión y presencia de ansiedad ($p<.001$). **Conclusiones:** La versión mexicana del FACT-P posee una confiabilidad y validez adecuadas similares a la original, capaz de discriminar entre los pacientes metastásicos y los no metastásicos. Este instrumento puede ser útil para la investigación en estos pacientes con un enfoque transdisciplinario.

Palabras claves: calidad de vida, cáncer de próstata, FACT-P, cuestionario, validación

Abstract

Introduction: Prostate cancer (CP) is the most frequent neoplasm in Mexican men, these individuals and those near to them see their quality of life (CV) seriously affected. It involves how the person perceives the impact of the disease and medical treatments on their lives. The research literature contains few studies that address CP patients' CV in Mexico and no validated tests have been developed for this population. **Objective:** To validate the Functional Assessment Cancer therapy (FACT-P) scale for patients with CP in Mexican men and explore the clinical applicability of the FACT-P to discriminate characteristics of quality of life and functionality in patients with CP. **Method:** 201 males 49 to 90 years of age, at any clinical stage of CP, under treatment or follow-up participated. The study involved a non-experimental cross-sectional scheme strategy. Initially a pilot study with 30 patients was carried out followed by the application of the FACT-P together with the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC QLQ 30) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). We performed the following analyses: exploratory analysis, analysis of factorial structure with varimax rotation, Cronbach's alpha, Pearson correlation coefficient and comparison between metastatic and non-metastatic patients with non-parametric tests. **Results:** Bartlett's sphericity was obtained $p = .001$, Kaiser Meyer Olkin index (KMO = .774) plus a four-factor model that explained 64.65% of the variance, Cronbach's alpha of .92 and most correlations between FACT P, EORTC QLQ 30 and HADS were statistically significant (Pearson's r of .146 to .716, $p < .01$ and $p < .05$). Additionally, significant differences were found between metastatic and non-metastatic patients ($p < .05$); ($p < .001$), and a regression analysis revealed that the factors associated independently with poor CV are low schooling, unemployed, depression and anxiety symptoms ($p < .001$). **Conclusions:** This Mexican version of FACT-P showed reliability and validity comparable to the original one, it also distinguishes metastatic patients from non-metastatic patients. This test may be useful for research in these patients with a transdisciplinary approach.

Keywords: Quality of life, prostate cancer, FACT-P, questionnaire, validate study

Introducción

La validación de instrumentos en nuestro país ha alcanzado un desarrollo importante en las últimas décadas, principalmente en una enfermedad tan complicada como lo es el cáncer, en la que se presentan alteraciones físicas o psicológicas, por ejemplo, calidad de vida, funcionalidad, ansiedad y depresión. Se conocen algunos esfuerzos para validar y obtener la confiabilidad de diversas escalas tal es el caso del EORTC QLQ 30 (Oñate-Ocaña et al., 2009), el Termómetro de Distrés (Almanza, Juárez, & Pérez, 2008) y el HADS (Galindo et al., 2015) que son instrumentos empleados para evaluar cambios en variables psicológicas en los pacientes con cáncer y que principalmente coadyuvan a diseñar tratamientos tanto médicos como psicológicos para tratar las problemáticas que aquejan a los pacientes.

El cáncer de próstata es el tipo más frecuente en varones mexicanos, por lo que es de gran relevancia su evaluación, estudio y tratamiento desde una perspectiva transdisciplinaria, incluyendo aspectos físicos y psicológicos. De estos aspectos surge una variable de gran importancia en el paciente denominada *Calidad de Vida*, la cual implica que se ve alterada la percepción del individuo sobre su estado de bienestar y su funcionalidad, la forma en que la enfermedad afecta el organismo, los efectos secundarios de los tratamientos y el dolor; todo lo cual provoca sufrimiento, a lo cual se añaden problemas sociales, malos hábitos de salud, pobre desempeño sexual y falta de independencia. De ahí que resulta necesario evaluar de manera precisa las múltiples dimensiones de la calidad de vida.

En el presente estudio se identificaron las propiedades psicométricas del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata FACT-P (Esper et al., 1997), porque a pesar de que se han hecho publicaciones de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata (Sierra, Viveros, Martínez, Hernández, & Caballero, 2014; Vázquez, Camarena, Martínez, & Hernández, 2009) no parece haber

evidencia de que se hayan aplicado instrumentos válidos y confiables, el no hacerlo así, puede sesgar seria y directamente numerosos resultados.

La relevancia de este estudio es que toma en cuenta los aspectos metodológicos y estadísticos de validación psicométrica (Reyes & García, 2008) que destacan los aspectos culturalmente relevantes, que los resultados que se derivan de esta investigación puedan considerarse indicadores de las propiedades psicométricas de la escala y que el instrumento pueda ser retomado en México para investigaciones futuras.

Otro aspecto que se tomó en cuenta en este trabajo es que con los datos recabados, se realizó un análisis de regresión logística múltiple con la cual, se observaron los factores asociados de manera independiente con la mala calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata, a fin de identificarlos y, junto con los datos obtenidos, se propone una intervención cognitivo conductual para dar un tratamiento psicológico a estos pacientes que mejore su calidad de vida y disminuya síntomas de depresión y ansiedad.

El Capítulo 1 aborda la temática del cáncer de próstata en general incluyendo aspectos epidemiológicos, sintomatología física y psicológica, además de la forma en que se estadifica para establecer los tratamientos y el avance de dicha enfermedad. En el Capítulo 2 se realizó una revisión de calidad de vida en el paciente con cáncer de próstata que considera los instrumentos se emplean para medirla, además de investigaciones que se han realizado previamente y hallazgos relevantes para esta población. Posteriormente se aborda la validación del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer (FACT-P) y finalmente se incluyó en el Apéndice 9 una propuesta de intervención psicológica para este grupo de pacientes.

Capítulo 1. Cáncer de próstata

Cáncer

El cáncer se puede originar en cualquier parte del cuerpo, comienza cuando las células crecen rápida y de forma descontrolada sobrepasando a las células normales, lo cual dificulta que el cuerpo funcione de forma adecuada. Las células del cáncer siguen creciendo y formando nuevas células que desplazan a las células normales, este crecimiento causa generalmente problemas en el área en la que comenzó el cáncer, esto es a lo que comúnmente se le llama tumor canceroso (American Cancer Society, 2016a).

En muchos casos, los cánceres forman una masa llamada tumor. Generalmente, los médicos extraen un fragmento de la masa y la analizan para determinar si es algún tipo de neoplasia maligna. Hay algunos tipos de cáncer, como la leucemia (cáncer en la sangre) que no forman tumores. Estos tipos de cáncer se desarrollan en los glóbulos (células sanguíneas) o en otras células del cuerpo (American Cancer Society, 2016a).

Las células cancerosas también se pueden propagar a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, las células cancerosas en el pulmón pueden viajar hasta los huesos y crecer ahí. La propagación de las células de cáncer se denomina metástasis. Cuando las células del cáncer de pulmón comienzan a crecer en los huesos, técnicamente se sigue denominando cáncer de pulmón. Para los médicos, las células cancerosas en los huesos lucen justo como las que se originaron en el pulmón. La enfermedad no es referida como cáncer óseo (cáncer en los huesos) salvo que se haya originado en los huesos (American Cancer Society, 2016a).

Cáncer de próstata

El cáncer de próstata (representado con las iniciales CP en lo sucesivo) se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control. La próstata produce parte del líquido que conforma el semen, la próstata se encuentra debajo de la vejiga y delante del recto, justo detrás de la próstata se encuentran las vesículas seminales, las cuales producen la mayor parte del líquido del semen, la uretra, que es el conducto que transporta la orina y el semen fuera del cuerpo a través del pene, pasa por el centro de la próstata. Es importante señalar que el tamaño de la próstata cambia con la edad (American Cancer Society, 2016a).

Marcus, Goodman, Jani, Osunkoya, & Rossi, (2012) realizaron una revisión de los diagnósticos de pacientes con CP en una base de datos del Instituto Nacional Estadounidense del Cáncer que incluyó 17 regiones de los Estados Unidos, del año 1973 hasta 2008 y encontraron que 75.1% de los tipos de CP son adenocarcinomas. Estos cánceres se desarrollan a partir de las células de la glándula (las células que producen el líquido prostático que se agrega al semen). Los otros tipos de cáncer de próstata incluyen: Sarcomas, Carcinomas de células pequeñas, tumores neuroendocrinos (aparte de los carcinomas de células pequeñas), Carcinomas de células transicionales. Estos otros tipos de cáncer de próstata son poco comunes (American Cancer Society, 2016e).

La mayoría de los CP crece lentamente. Según la American Cancer Society, (2016e) estudios realizados en algunas autopsias muestran que muchos hombres de edad avanzada (e incluso algunos hombres más jóvenes) que murieron por otras causas también tenían cáncer de próstata que nunca les afectó durante sus vidas.

Epidemiología

La incidencia estimada para el CP a nivel mundial es de 1, 094,916 casos, con una mortalidad de 7.8 por cada 100 000 habitantes, y una

prevalencia a 5 años de 3,857,500 casos, que representan 148.6 por cada 100,000 habitantes (World Health Organization, [WHO], 2012).

Torre et al., (2015) en una revisión de las estadísticas de cáncer utilizando la página GLOBOCAN que depende de la Organización Mundial de la Salud reportan una incidencia de 758,700 casos estimados de CP, 69.5 casos por cada 100,000 habitantes y una mortalidad de 142,000 hombres 10.0 para los países desarrollados, esto en comparación con los países menos desarrollados con una incidencia estimada de 353,000 casos, 14.5 por cada 100,000 habitantes y una mortalidad de 165,500 hombres, 6.6 por cada 100,000 habitantes. En otro estudio se hizo la revisión de 19 artículos donde se descubrió CP en autopsias con un total de 6024 hombres entre 70 y 79 años, se encontró tumor en el 36% de los caucásicos y el 51% de afroamericanos (Jahn, Giovannucci, & Stampfer, 2015).

Entre los años 2012-2014 se ha estimado (American Cancer Society, 2012) que el CP entre hispanos y latinos fue de 15,400 nuevos casos calculados, 1,600 muertes por esta causa; 124.9 casos nuevos por cada 100,000 habitantes, una tasa de supervivencia de 97% en etapa temprana y 31.2 % en etapas avanzadas.

En México, hasta el año 2012, se registraron 14,016 casos de CP, 27.3 por 100 000 habitantes, ubicándose hasta ese año en el primer tipo de neoplasia más frecuente en la población masculina, cuando la cifra de muertes por dicho cáncer fue de 6,367 (11.3 por 100 000 habitantes) y una prevalencia a 5 años de 41088 personas (101.3 por cada 100 000 habitantes) (WHO, 2012). Por último, en su página web, el Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2016) en su balance de pacientes ingresados de enero a junio de 2016 reportó 126 casos de CP en seis meses.

Sintomatología física y psicológica en pacientes con CP

Sintomatología física: datos de un meta análisis Monga, Kerrigan, Thornby, Monga, & Zimmermann (2005) identifican: fatiga en 25%; flujo de orina débil o flujo interrumpido van del 10% a 15%, aumento en la frecuencia de ir a orinar a dos años de una prostatectomía entre 50% a 60%,

diarrea debida a una braquiterapia del 15% a 40%, disfunción eréctil en 15% y en pacientes con radioterapia entre un 30% y 40%, el 70% presenta dolor en la cadera, de espalda o tórax debido a la propagación del cáncer en huesos u otras áreas (American Cancer Society, 2016a; Chen et al., 2014).

Sintomatología psicológica: datos de un meta-análisis (Watts et al., 2014) revelaron niveles de depresión en el 17% de los pacientes en pre-tratamiento, 15% durante el tratamiento y 18% en el post-tratamiento. De forma similar, la ansiedad se presenta en un 27% en el pretratamiento, 15% en tratamiento y 18% post-tratamiento. Cuando la enfermedad avanza o existe castración quirúrgica, el riesgo de incidencia para presentar una enfermedad psiquiátrica es de hasta un 26%, entre las enfermedades que se pueden presentar están la depresión, demencia, ansiedad, insomnio y/o psicosis (Bourke et al., 2015).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de que se padezca cáncer, se pueden diferenciar entre modificables y no modificables.

No modificables. **Edad**, el riesgo de padecer CP aumenta rápidamente después de los 50 años, alrededor de 6 de cada 10 casos se detectan en hombres mayores de 65 años. **Raza/grupo étnico**, el CP ocurre con más frecuencia en hombres de raza negra y hombres del Caribe con ascendencia africana y ocurre con menos frecuencia en hombres asiático-americanos e hispanos/latinos. **Antecedentes familiares**, el CP puede afectar más a algunas familias por lo que es probable que exista un patrón hereditario o genético, si el padre o hermano tienen CP el riesgo se duplica y se incrementa aún más si se tienen varios familiares afectados especialmente si eran jóvenes cuando se realizó la detección. **Cambios genéticos**, mutaciones de los genes BRCA1 o BRCA2 aumentan el riesgo de padecer cáncer CP en algunos hombres, el síndrome de Lynch (cáncer colono rectal hereditario) causa cambios genéticos e incrementa el riesgo de padecer CP (American Cancer Society, 2016c).

Modificables. Alimentación, los productos altos en grasa como carnes rojas y productos lácteos parecen aumentar la probabilidad de padecer CP y también consumir una gran cantidad de calcio. **La obesidad**, se ha encontrado de hombres obesos pueden tener mayor riesgo de padecer CP avanzado y de morir por causa de esta enfermedad. **Tabaquismo**, se ha vinculado un posible aumento en el riesgo de morir por causa de CP en fumadores. **Exposición a sustancias químicas**, personas como bomberos pueden estar expuestos a sustancias químicas que aumentan el riesgo de padecer CP. **Inflamación de la próstata**, la prostatitis puede estar asociada a un riesgo aumentado de CP, a menudo la inflamación se observa en las muestras de tejido de la próstata que también tienen cáncer (American Cancer Society, 2016c).

El sistema TNM de estadificación (clasificación por etapas) del AJCC

Los especialistas usan los sistemas de estadificación para describir de forma estándar cuán lejos se ha propagado el cáncer. El sistema de estadificación más usado para el CP es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

El sistema TNM para el CP se basa en cinco piezas clave de información:

- La extensión del tumor principal (categoría T).
- Si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos (nódulos) cercanos (categoría N).
- Si el cáncer se ha propagado (hecho metástasis) a otras partes del cuerpo (categoría M).
- El nivel de APE al momento de realizar el diagnóstico.
- La puntuación Gleason, según la biopsia de la próstata o cirugía (American Cancer Society, 2016d).

Agrupamiento de las categorías para establecer las etapas

Una vez determinadas las T, N y M, esta información se combina para obtener la etapa general del cáncer, la etapa se expresa en números romanos desde I (etapa inicial) hasta IV (la etapa más avanzada). La etapa ayuda a determinar las opciones de tratamiento y la expectativa de supervivencia (pronóstico) del paciente como lo muestra la siguiente Tabla 1. (American Cancer Society, 2016d).

Tabla 1. *Categorías T,N y M y estadificación del CP (American Cancer Society, 2016d).*

Etapa	Agrupamiento para establecer la etapa	Descripción de la etapa
I	T1, N0, M0	El médico no puede palpar el tumor ni verlo con un estudio por imagen, tal como la ecografía transrectal (se detectó el tumor ya sea durante una resección transuretral o se lo diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer aún está limitado a la próstata y no se propagó hacia los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. La puntuación Gleason es 6 o menos y el nivel de PSA es menos de 10.
	Puntuación Gleason de 6 o menos	
	PSA menor de 10	
IIA	T2a, N0, M0	El tumor se puede palpar durante un examen digital del recto o ver mediante un estudio por imagen, como una ecografía transrectal. Además, el tumor se encuentra en una mitad o menos de un solo lado (derecho o izquierdo) de su próstata [T2a]. El cáncer aún está limitado a la próstata y no se propagó hacia los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. La puntuación Gleason es 6 o menos y el nivel de PSA es menos de 10.
	Puntuación Gleason de 6 o menos	
	PSA menor de 10	
IIA	T1, N0, M0	El médico no puede palpar el tumor ni verlo con los estudios por imágenes, tal como ecografía transrectal (se detectó ya sea durante una resección transuretral o se diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor tiene una puntuación Gleason de 7. El nivel de PSA es menos de 20.
	Puntuación Gleason de 7	
	PSA menor de 20	
	O	

Continuación Tabla 1. Categorías T,N y M y estadificación del CP (American Cancer Society, 2016d)

	T1, N0, M0	El médico no puede palpar el tumor ni verlo con los estudios por imágenes, tal como ecografía transrectal (se detectó ya sea durante una resección transuretral o se diagnosticó mediante una biopsia con aguja realizada debido a un alto nivel de PSA) [T1]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor tiene una puntuación Gleason de 6 o menos. El nivel de PSA es por lo menos de 10, pero menos de 20.
	O	
	T2a o T2b, N0, M0	El tumor se puede palpar durante un examen digital del recto o se puede ver mediante un estudio por imágenes, como una ecografía transrectal. Además, el tumor se encuentra sólo en un lado de la próstata [T2a o T2b]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor tiene una puntuación Gleason de 7 o menos. El nivel de PSA es menor de 20.
	O	
	T2c, N0, M0	El tumor se puede palpar durante un examen digital del recto o se puede ver mediante un estudio por imágenes, como una ecografía transrectal. Además, el tumor se encuentra en ambos lados de la próstata [T2c]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.
	O	
IIB	T1 o T2, N0, M0	El cáncer aún no se ha propagado fuera de la próstata. Se pudo (o no) palpar en el examen digital del recto o ver mediante un estudio por imágenes, como una ecografía transrectal [T1 o T2]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason. El nivel de PSA es por lo menos de 20.
	O	
	T1 o T2, N0, M0	El cáncer aún no se ha propagado fuera de la próstata. Se pudo (o no) palpar en el examen digital del recto o ver mediante un estudio por imágenes, como una ecografía transrectal [T1 o T2]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. La puntuación Gleason es de 8 o más. El PSA puede ser de cualquier valor.
	O	

Continuación Tabla 1. Categorías T,N y M y estadificación del CP (American Cancer Society, 2016d)

	T3, N0, M0	El cáncer ha comenzado a crecer fuera de la próstata y es posible que se haya propagado a las vesículas seminales [T3] pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos [N0] ni a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.
III:	Cualquier puntuación Gleason	
	Cualquier PSA	
	T4, N0, M0	El cáncer se extendió hacia los tejidos adyacentes a la próstata (excepto a las vesículas seminales), como por ejemplo al esfínter uretral (el músculo que ayuda a controlar la micción), al recto, vejiga y/o a la pared de la pelvis [T4]. El cáncer no se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes [N0] ni a otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.
	Cualquier puntuación Gleason	
	Cualquier PSA	
	O	
	Cualquier T, N1, M0	El tumor puede o no estar creciendo hacia los tejidos cercanos a la próstata [cualquier valor de T se incluye en esta categoría]. El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos cercanos [N1], pero no se propagó a ninguna otra parte del cuerpo [M0]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.
IV	Cualquier puntuación Gleason	
	Cualquier PSA	
	O	
	Cualquier cualquier N, M1	T, El cáncer puede o no estar creciendo hacia los tejidos cercanos a la próstata [cualquier valor de T] y se pudo o no haber propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se propagó a otras localizaciones más distantes del cuerpo [M1]. El tumor puede tener cualquier puntuación Gleason y el PSA puede ser de cualquier valor.
	Cualquier puntuación Gleason	
	Cualquier PSA	

Tratamiento médico

La vigilancia activa se refiere a la observación minuciosa del cáncer. Por lo general, este método incluye una visita al médico con una prueba de sangre antígeno prostático específico (APE) y un examen digital del recto alrededor de cada seis meses. Si los resultados de la prueba cambian, el médico brindará otras opciones para tratar el cáncer, este método permite a los hombres con una enfermedad menos grave evitar los efectos secundarios del tratamiento. Se utiliza cuando existe riesgo bajo es decir

una supervivencia de 20 años y hasta clasificación T1c (American Cancer Society, 2016g; National Comprehensive Cancer Network, 2014).

La braquiterapia (también conocida como implantación de partículas o radioterapia intersticial) utiliza pequeñas partículas radiactivas. Por lo general, la braquiterapia por sí sola se usa en los hombres con CP en etapas iniciales cuyo crecimiento es relativamente lento. Para las personas que están en un mayor riesgo de que el cáncer crezca fuera de la próstata, a veces la braquiterapia combinada con radiación externa es una opción, esta opción se puede emplear en las primeras etapas del CP T1-T2a, en etapas intermedias T2b-T2c y T3b-T4 (American Cancer Society, 2016f; National Comprehensive Cancer Network, 2014).

En la prostatectomía radical, el cirujano hace una incisión en la parte baja del abdomen, desde el ombligo hasta el hueso púbico. Si hay una probabilidad razonable de que el cáncer se pudo haber propagado a los ganglios linfáticos cercanos, en este momento el cirujano también puede extirpar algunos de estos. Este procedimiento puede causar incontinencia urinaria, impotencia, cambios en el orgasmo y linfedema. Este procedimiento se recomienda en las primeras etapas cuando se considera una supervivencia mayor a 20 años, agrupación T1 y T2 (American Cancer Society, 2016b; National Comprehensive Cancer Network, 2014).

La terapia hormonal también llamada terapia de privación de andrógenos o terapia supresora de andrógenos, trata de reducir los niveles de las hormonas masculinas, llamadas andrógenos, en el cuerpo. A menudo, reducir los niveles de andrógenos o evitar que alcancen las células del CP provoca que se reduzca el tamaño de los cánceres o que crezcan más lentamente por un tiempo. El uso de hormonas que puede causar ausencia de libido, impotencia, reducción de los testículos y el pene, entre otros síntomas, la terapia hormonal se puede utilizar con cualquier T, N y M1 (American Cancer Society, 2016a; National Comprehensive Cancer Network, 2014).

Como puede apreciarse, los tratamientos y síntomas asociados pueden generar alteraciones en el paciente con CP, por ello en el siguiente apartado, se bosquejará una definición de calidad de vida, se describirán algunos estudios realizados en el mundo y en México al respecto, incluyendo qué instrumentos buscan medir este constructo y qué se propone hacer.

En el siguiente capítulo se abordará la calidad de vida en el paciente con cáncer de manera más puntual, se hará una revisión de los instrumentos que la miden, además de una revisión mediante el sistema PICO de los artículos más relevantes que hacen una intervención en esta área.

Capítulo 2. Calidad de vida en el paciente con Cáncer de Próstata

Definición

The World Health Organization quality of life assessment [WHOQOL] Group, (1998) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida (CV) 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 en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, y su relación con su entorno”*. Cella (1995) ha propuesto que la CV Relacionada con la Salud (CVRS), reside en el grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento. Esta definición proporciona los requerimientos mínimos, dado que la perspectiva del paciente se obtiene en áreas física, mental y bienestar social tomando en cuenta la multi-dimensionalidad del constructo (Wenzel & Cella, 2005). Finalmente, (Fernández, Hernández, & Siegrist, 2001) proponen un “puente” entre ambos conceptos al definir la CVRS como la percepción que tiene el individuo del impacto que le ha producido la enfermedad o el tratamiento sobre su estado de bienestar y su funcionalidad. En este contexto proponen que las dimensiones básicas analizadas en los dominios incluyen: emocional, físico, social. A lo largo del presente texto se seguirá empleado el termino CV, entendiendo que es una evaluación realizada por la persona en varios aspectos de su vida, tomando en consideración el nivel en que se ha visto afectada su salud (Urzúa, 2010).

Dichas definiciones denotan que la CV se ve implicada en muchos aspectos de la vida del paciente, como por ejemplo todas las etapas del cáncer prostático, y áreas a largo plazo: vida social/emocional, apoyo, hábitos de salud, el punto de vista espiritual/filosófico y generar

preocupaciones en la imagen corporal (Heydarnejad, Hassanpour, & Solati, 2012).

Medición de calidad de vida en el paciente con cáncer

Para Castañeda de la Lanza et al., (2015) la CV constituye un concepto multidimensional y la evaluación del paciente con cáncer es un reto, en el paciente oncológico y con enfermedades crónicas en fase avanzada. La CV es para la medicina y para los cuidados paliativos la parte central de su atención ya que, a pesar de los avances en el diagnóstico y los tratamientos, menos del 50% son curados, el resto sufrirá secuelas de la enfermedad y de los tratamientos, es sabido que una enfermedad como el cáncer afecta el organismo y principalmente el dolor deteriora la percepción de la CV. Por otro lado, se ven alterados los aspectos ocupacionales, función física, estado psicosocial, la interacción social y la sensación somática (Harrington, Lee, Colon, & Alappattu, 2016).

Para poder medir la CV se han desarrollado y validado diversas herramientas en tres grandes grupos: instrumentos para CV en general, instrumentos que miden CV para cáncer en general e instrumentos específicos que miden CV para CP (Morris, Gibbons, & Fitzpatrick, 2009).

Instrumentos que miden CV en el área de salud

Están contruidos para medir CV del estado de salud en general, un ejemplo de estos es el Short-Form 36 Health Survey o Encuesta de Salud Forma Corta 36 [SF-36] (1992) desarrollada por Ware & Sherbourne, (1992) consta de ocho dimensiones: funcionamiento físico, funcionamiento social, limitaciones de rol debido a problemas físicos, limitaciones de rol debido a problemas emocionales, salud mental, energía / vitalidad, el dolor y la percepción general de la salud, en términos de validez de constructo los dominios para el SF-36 son dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental con un alfa de Cronbach para cada dominio con un

rango que va de .68 a .91. En CP no discrimina entre los pacientes que reciben diferentes modos de tratamiento y la validez convergente muestra bajos puntajes en función intestinal (Soderdahl et al., 2005; Talcott et al., 2003).

European Quality of Life Scale five dimensions questionnaire o Escala de Calidad de Vida Europea [EUROQoL-5D] (1993) desarrollado por Brazier, Jones, & Kind (1993) tiene cinco dimensiones de un solo reactivo: la movilidad, autocuidado, estado de la función habitual, dolor y / o incomodidad, y la ansiedad y /o depresión. En una validación realizada en cuidadores de niños autistas se encontró un alfa de Cronbach de .63 y una correlación entre reactivos que van de .25 para ansiedad/depresión a .58 para función habitual y correlaciones totales de reactivos satisfactorias (Khanna, Jariwala, & Bentley, 2013). El EQ-5D se comparó con el Short Form 36 (SF-36) Health Survey Instrument en una muestra de 1980 pacientes en Inglaterra con una correlación entre escalas que va del .48 al .60 con una significancia de $p < .01$ (Brazier et al., 1993). El contenido de la EQ - 5D no es relevante a efectos de CP: como son los problemas urinarios, sexuales o intestinales; esto crea problemas de cara a la validez de contenido (Krahn et al., 2007).

Inventario de Calidad de Vida y Salud [InCaViSa] (2009) (Riveros, Sánchez-Sosa, & Del Águila, 2009) mide 12 áreas o aspectos de CV: Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica, y Relación con el médico. Además incluye reactivos sobre información u otros aspectos que pueden alterar los puntajes obtenidos como alteraciones emocionales, otros problemas de salud, una separación reciente, entre otras. Está compuesto por 53 reactivos con escala tipo Likert y se les asigna un valor que va de 0 a 5 puntos. Presenta un alfa de Cronbach que van desde .93 a .68 y mediante análisis factorial con rotación varimax se obtuvo una varianza explicada del 68%. En un el estudio de Riveros, Castro, & Lara-Tapia (2009) mostró cualidades para evaluar el resultado de intervenciones específicas en CV en

pre tratamiento y post tratamiento. Es necesario realizar estudios complementarios empleando dicho instrumento para observar su sensibilidad y especificidad en pacientes con CP considerando que el instrumento capturaría aspectos relevantes de CV, sin embargo, podría requerirse que se integren reactivos de aspectos específicos de CV en CP como problemas sexuales, urinarios o dolor y valorar si puede discriminar entre pacientes que están recibiendo tratamiento activo o están en seguimiento, además diferenciar entre metastásicos y no metastásicos.

Instrumentos que consideran CV en pacientes con cáncer en general

European Organisation for Research and Treatment of Cancer [EORTC] Quality of Life Questionnaire-Core 36 [QLQ-C30] o Cuestionario de calidad de vida 36 de la Organización Europea para la Investigación para el Tratamiento del Cáncer (1993) desarrollado por Aaronson et al., (1993), es un instrumento que contiene cinco escalas funcionales de dominio: físico, rol, emocional, social y cognitivo con 30 reactivos específicos para cáncer; dos reactivos que evalúan la CV global, además, tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y vómitos. Tiene un alfa de Cronbach entre escalas que va de .60 a .70. Existe poca confiabilidad entre las calificaciones de los pacientes y médicos para las escalas de síntomas (Fromme, Eilers, Mori, Hsieh, & Beer, 2004); (Sullivan, Mulani, Fishman, & Sleep, 2007).

Functional Assessment of Cancer Therapy-General [FACT-G] o Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer (1993) desarrollado por (Cella et al., 1993) posee cuatro dominios: físico, social, emocional y bienestar físico, ha sido revisado en artículos que provienen de pacientes con cáncer de pulmón, de mama y colorrectal, pero con un número pequeño de pacientes con cáncer prostático (2% de la población estudiada) con una consistencia interna entre escalas que va del .60 al .70 y para el total es de .80. Las escalas física y funcional discriminan bien entre estado de salud usando ECOG en hombres con CP, pero se

necesita el módulo de CP para una correcta discriminación de estadios (Esper et al., 1997; Yount, Cella, Banik, Ashraf, & Shevrin, 2003), se realizó una comparación entre distintas validaciones en otros países considerando esta escala que forma parte del FACT-P, el cual se aborda en las siguientes líneas (Tabla 2).

Instrumentos específicos para medir CV en pacientes con CP

EORTC Quality of Life Questionnaire-Prostate Module [QLQ-PR25] o Cuestionario de Calidad de Vida Módulo Próstata (2008) desarrollado por van Andel et al., (2008) tiene 25 reactivos de una escala específica para CP en seis dominios específicos: urinario, intestinal, síntomas de incontinencia relacionados con el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, sexualidad activa y función sexual, los síntomas urinarios, sexualidad activa y función sexual mostraron una aceptable consistencia interna con un $\alpha=.70$, y los dominios de intestino y el tratamiento de síntomas obtuvieron $\alpha=.50$ y $.40$, respectivamente.

Tabla 2. Comparación de diferentes estudios sobre el Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata (FACT-P)

FACT-P	Alfa de Cronbach	% Varianza explicada	Subescalas o factores	Número total de reactivos
FACT-P Original (Esper et al., 1997)	.890	No se realizó	Subescalas 1. Estado físico 2. Ambiente social 3. Estado emocional 4. Capacidad de funcionamiento personal 5. Relación con el doctor 6. Subescala de cáncer de próstata	Versión original de 40 reactivos. En este artículo mencionan que antes de esta versión, había 2 versiones previas, de las cuales no se habían publicado resultados
FACT-P Versión Coreana (Hong et al., 2006)	.880	No se realizó	Subescala 1. Estado físico 2. Ambiente social/familiar 3. Estado emocional 4. Capacidad de funcionamiento personal 5. Subescala de cáncer de próstata	Se tomó como base la 4 versión con 27 reactivos y 12 específicos de CP, quedando 39 reactivos. La versión coreana no se modifica.

Continuación Tabla 2. *Comparación de diferentes estudios sobre el Inventario de Evaluación de la*

Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata (FACT-P)

FACT-P Versión china(Wong et al., 2015)	.687	No se realizó	Subescala 1. Estado físico 2. Ambiente social/familiar 3. Estado emocional 4. Capacidad de funcionamiento personal 5. Subescala de cáncer de próstata	Se tomó como base la 4 versión con 27 reactivos y 12 específicos de CP, quedando 39 reactivos. La versión china no se modifica
---	------	---------------	--	--

Es importante recordar que debido a que en este trabajo se validó el Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate [FACT-P] o en español “Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata” (1997) desarrollado por Esper et al., (1997), se abundó más en este apartado, y se añadió información sobre las validaciones (Tabla 3). El FACT-P ha sido validado en distintos países y ha demostrado su utilidad en otros entornos culturales (Bonomi et al., 1996; Hong et al., 2006; Wong et al., 2015), el FACT-P es una escala auto-aplicada conformada por 39 reactivos de los cuales 27 forman parte del FACT-G (Cella et al., 1993), y 12 son parte de una escala específica del CP que permite evaluar bienestar físico, emocional, social/familiar, funcionalidad y aspectos adicionales (presenta una consistencia interna entre .87 a .89 y para la sub-escala de CP un alfa .65 a .69), se puede contestar en 15 minutos durante el periodo de tratamiento, seguimiento, en consulta externa u hospitalización, cabe añadir que el FAT-P discrimina entre los cánceres loco-regionales y los metastásicos, lo que no se presenta en los otros instrumentos mencionados. Las ventajas que brinda es que permite identificar variaciones en las áreas física, social, emocional y aspectos relacionados con el cáncer prostático, así es posible observar las diversas variables que generan malestar y ofrecer de forma temprana intervenciones adecuadas, cabe destacar que puede aplicarse con facilidad nuevamente al

paciente para valorar el efecto de esas intervenciones (Hernández & Limonero, 2015; Morris et al., 2009; Stone, Murphy, Matar, & Almerie, 2008).

Se ha demostrado su uso en diferentes problemáticas como sobrevivencia, ensayos clínicos, y su validación en diversas culturas. Por ejemplo, la versión china encontró una aceptable consistencia interna con un alfa de entre .68 y .90 para todas las subescalas, se encontraron adecuados puntajes en confiabilidad test-retest con un rango de entre .75 y .91. En el caso de la versión coreana se encontró un alfa para escalas individuales con un rango que va de .73 a .89 y la confiabilidad test-retest mostró alta correlación con rangos de .72 a .93, estos datos indican que se ha validado con buenos resultados (Cella, Nichol, Eton, Nelson, & Mulani, 2009; Hansen, Dechet, Porucznik, & LaStayo, 2009; Hong et al., 2006; Morris et al., 2009; Wong et al., 2015).

Tabla 3. Comparación de diferentes estudios sobre el Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión General (FACT-G).

FACT-G	Alfa de Cronbach	% Varianza explicada	Subescalas o factores	Número total de reactivos
FACT-G (Cella et al., 1993)	.890	51.0%	Seis factores de los cuales se forman 5 subescalas 1. Estado físico (factor 1) 2. Ambiente social (factor 2) 3. Estado emocional (factor 3) 4. Funcionalidad (Factor 4+6) 5. Relación con el doctor (factor 5)	Se consideran en total 33 reactivos de los cuales el 8, 16, 19, 25 y 33 son preguntas experimentales globales de calidad de vida, solo se toman en cuenta 28 para la calificación
FACT-G Versión 4 (Webster, Odom, Peterman, Lent, & Cella, 1999)	.890	No se realizó	Subescala 1. Estado físico 2. Ambiente social/familiar 3. Estado emocional 4. Capacidad de funcionamiento personal	Con esta versión se elimina la sub escala de relación con el doctor se eliminan los reactivos experimentales, la escala final se conforma por 27 reactivos.

Coninuación Tabla 3. Comparación de diferentes estudios sobre el Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión General (FACT-G).

FACT-G (Smith, Wright, Selby, & Velikova, 2007)	No se reporta el alfa total, sin embargo, se mencionan alfas entre escalas que van de .720 a .850	55.0%	Se reportan cuatro factores que corresponden a las subescalas originales	Con este análisis se eliminan 6 reactivos denominados como no adaptados. De ambiente familiar y social (GS6, GS7) de Estado social (GE2, GE6) y de Capacidad funcionamiento personal (GF4, GF5) queda en 21 reactivos.
FACT-G Versión mexicana en Ca de mama (Fernández et al., 2010)	.850	No se reporta	Subescala 1. Estado físico 2. Ambiente social/familiar 3. Estado emocional 4. Capacidad de funcionamiento personal	Esta versión del FACT-G el número de reactivos no se modifica, sin embargo, reporta dos modificaciones, la primera al reactivo GS5 y la segunda al GF2, no se discute el cambio que sufrieron estos.

Como puede observarse, los instrumentos más empleados en pacientes oncológicos y que tienen mayor validez son el EORTC QLQ y el FACT ambos con muy buenas propiedades psicométricas.

Estudio previo al proceso de validación: Calidad de vida en el paciente con cáncer de próstata

Para tener una idea más clara de la CV en el paciente con CP, para este trabajo de tesis se realizó una revisión de la literatura sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, del año 2012 al 2017, empleando los siguientes buscadores: PubMed, PsycINFO.

Se presentan los estudios de calidad de vida por sistema PICO (Paciente, Intervención, Comparación y desenlace "Outcome" en inglés) (Landa & Arredondo, 2014). Se delimitó una pregunta para poder hallar artículos donde la intervención fuera psicológica. La pregunta que se utilizó fue: ¿Para paciente con cáncer de próstata en cualquier estadio cómo es su calidad de vida? En las siguientes Tabla 4 y Tabla 5 se presentan el sistema

PO, los términos de búsqueda por términos Mesh y text words y los Niveles de evidencia que se consideraron fueron solamente IA y IB (Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999).

Tabla 4. *Sistema PICO de intervenciones con terapia psicológica para mejorar calidad de vida*

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado
Cáncer de próstata cualquier estadio y tratamiento	No aplica	No aplica	mejor calidad de vida

Tabla 5. *Términos Mesh y text words utilizados para la búsqueda*

Terminos Mesh	Terminos Text words
Neoplasms	Prostatic neoplasm
Prostatic Neoplasms	Prostate cancer
	Prostate neoplasm
	Prostate neoplasms
Quality of life	Quality of life
	QOL

Artículos revisados según el sistema PICO

Se ha agregado un recuadro (Tabla 6) dónde se encuentran los estudios consultados para esta revisión, organizados por autor, año y país, número de pacientes o participantes, niveles de evidencia y recomendación, instrumentos empleados, la intervención realizada, sus resultados y conclusiones.

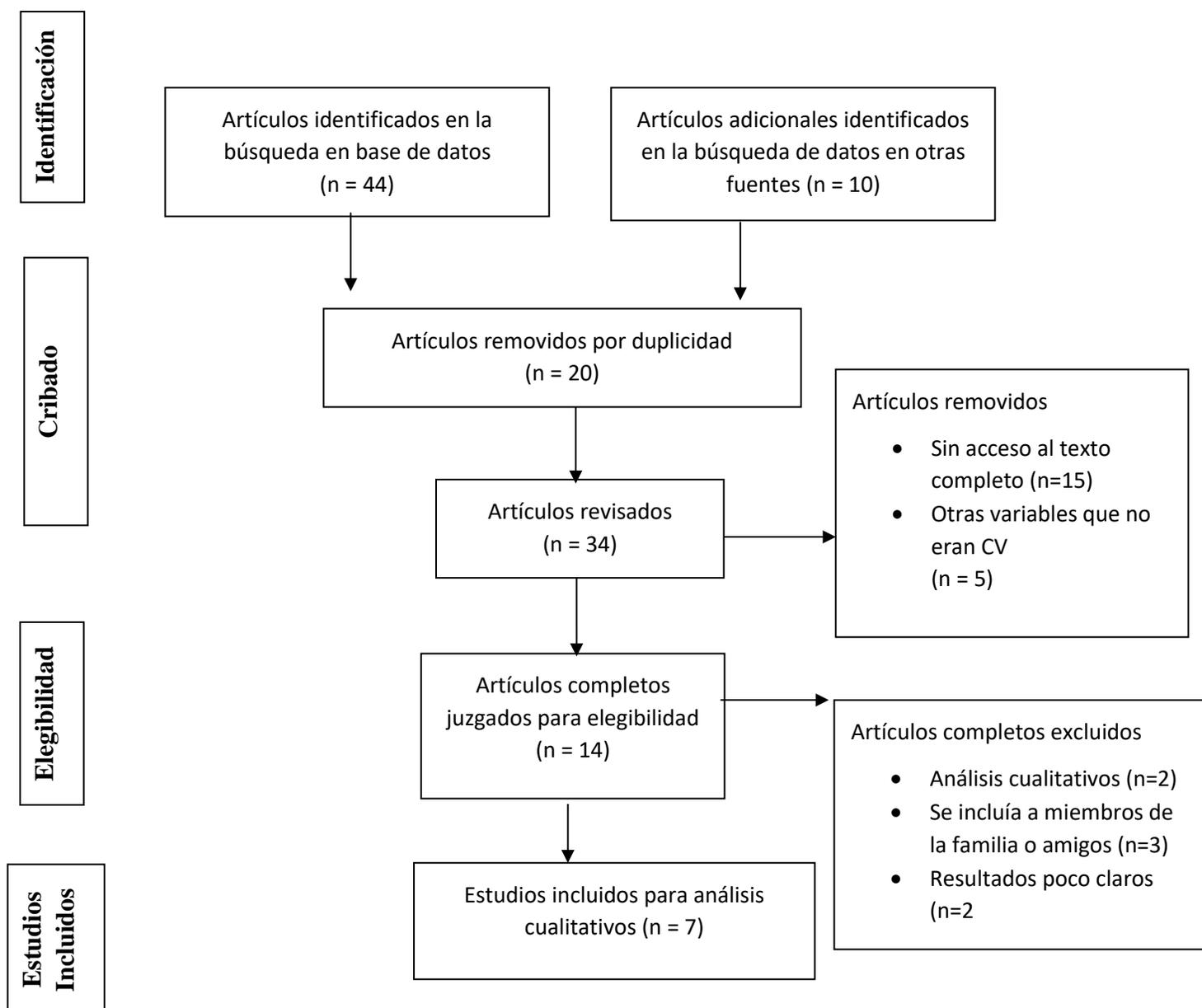


Figura 1. Criterios para la búsqueda sistemática

Tabla 6. Resultados de la revisión de la literatura sobre calidad de vida en cáncer de próstata (Espinoza, 2017).

Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Parahoo et al., 2015)	2015 Estados Unidos	204 pacientes tomados de 19 estudios	IA	A	Cuestionario de Salud (SF-36), Cuestionario de funcionamiento físico (MOS-PF) Cuestionario de calidad de vida (FACT-G) Cuestionario de calidad de vida en cáncer de próstata (FACT-P) Cuestionario ampliado para la medición del cáncer de próstata (EPIC) Cuestionario para cáncer de próstata de la Universidad de Los Ángeles (UCLA PCI)	Terapia Cognitivo Conductual (individual y grupal), Terapia Marital, Psicoeducación, Counselling contra Cuidado usual.	La intervención comparada con el cuidado usual mostró efectos benéficos pero moderados $d=.59$ (d de Cohen)	La evidencia no es lo suficientemente fuerte para permitir conclusiones sobre el efecto de las intervenciones.

Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Stefanopoulou, Yousaf, Grunfeld, & Hunter)	2015 Reino Unido	51 pacientes en terapia hormonal con divididos en dos grupos	IB	A	Inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida (EORTC QLQ 30) Y módulo de cáncer de próstata (QLQ-PR25)	Terapia Cognitivo Conductual de 6 semanas (reestructuración cognitiva, relajación, psicoeducación) contra Tratamiento usual de 6 semanas (información, servicios de apoyo)	La TCC reduce significativamente los problemas urinarios en seis semanas Hay una reducción significativa ($p < .001$)	Comparada contra el tratamiento usual, la Terapia Cognitivo Conductual parece ser segura y efectiva para tratar a los hombres con CP que tienen problemas urinarios.
Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Chambers et al., 2013)	2013 Australia	190 pacientes metastásicos o con progresión bioquímica resistente a la castración	IB	A	Cuestionario de calidad de vida en cáncer de próstata (FACT-P) El cuestionario de cinco facetas de Mindfulness (FFMQ) El inventario de síntomas-18 Escala de impacto del evento (IES)	Intervención en atención plena en teleconferencia de 8 semanas contra Psicoeducación (materiales educativos basados en evidencia para pacientes)	El grupo de atención plena obtuvieron mejores resultados que el grupo control ($p < .05$)	El estudio provee instrucciones para mejorar las intervenciones para reducir ansiedad, depresión, malestar emocional

Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Siddons, Wootten, & Costello)	2013 Australia	60 pacientes con cáncer local con prostatectomía radical	IB	A	Escala de calidad de vida relacionada el cáncer de próstata (PCa-QoL) Escalas de Ansiedad y Estrés Escala de ansiedad para cáncer de próstata del Memorial Entrevista de Derogatis para función sexual (DISF-SR)	Intervención Cognitivo Conductual de 8 semanas (reestructuración cognitiva, relajación, psicoeducación) vs Lista de espera	La intervención Cognitivo Conductual ayudó a mejorar la relación con la pareja, aspectos sexuales y masculinidad ($p < .001$)	El estudio provee apoyo que demuestra la efectividad de la Intervención Cognitivo conductual, mejora aspectos sexuales, aspectos cognitivos de masculinidad, mejoró la respuesta de afrontamiento del grupo de intervención.
Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Huri, Huri, Kayihan, & Altuntas)	2015 Turquía	55 pacientes en tratamiento hormonal con metástasis a huesos sin orquiectomía	IB	A	Inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida (EORTC QLQ 30) Y	Tratamiento Cognitivo Conductual de 12 semanas (relajación, educación, reestructuración cognitiva, entrenamiento físico) contra Grupo control	La intervención Cognitivo Conductual mejoró la calidad de vida, funcionalidad y sexualidad ($p < .001$) en comparación	El tratamiento con TCC fue efectiva para mejorar la calidad de vida, mejoró la satisfacción debido a un mejor desempeño de las actividades

Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Badger et al., 2013)	2013 Estados Unidos	71 supervivientes de cáncer de próstata	IB	A	módulo de cáncer de próstata (QLQ-PR25) Entrevista semiestructurada Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), Cuestionario de afecto positivo y negativo (PANAS), Escala de estrés percibido (PSS), Cuestionario para cáncer de próstata de la Universidad de Los Ángeles (UCLA PCI)	(programa con instrucciones manejo de estrés, relajación y actividades recreativas). Psicoeducación contra Counselling (cuidados de salud, estilos de vida saludable, manejo de emociones)	con el grupo control. El counselling tuvo efectos en el conocimiento del cáncer ($p < .001$), apoyo social ($p < .001$), manejo de síntomas ($p < .001$), funcionamiento de próstata ($p < .001$), y en síntomas de malestar emocional ($p < .001$).	diarias. El estudio muestra que las intervenciones psicosociales tienen efecto benéfico en los pacientes con cáncer de próstata.

Autor	Año y país	N Características de la muestra	Nivel de evidencia	Nivel de recomendación	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
(Naccarato, Reis, Ferreira, & Denard)	2016 Brasil	56 pacientes con cirugía (prostatectomía radical).	IB	A	Cuestionario de Salud (SF-36), Cuestionario internacional de función eréctil (IIEF-5)	Entrevista inicial y Terapia psicológica, 1 sesión semanal por 12 semanas, contra lodenafil 80mg/1 tableta por semana.	La psicoterapia coadyuva a mejorar la calidad de vida y la función sexual ($p=.045$)	El cuidado integral ayuda a recuperar la funcionalidad en este grupo de pacientes, la psicoterapia ayuda a recuperar la sensación de placer, mejorar la calidad de las erecciones y la calidad de la vida sexual.

Resultados documentales

Se identificaron 7 estudios originales, 4 de los estudios se realizaron en pacientes en tratamiento activo, 3 en pacientes en seguimiento el 100% corresponde a publicaciones extranjeras.

Los hallazgos derivados del enfoque cuantitativo, nos muestra que se presentan problemas físicos (7 estudios), sexuales (3 estudios) y sociales (4 estudios) asociados al tratamiento y sus secuelas, la evidencia científica en su conjunto sugiere que la terapia psicológica en estos pacientes ayuda a mejorar su CV.

Discusión

En México, el número de estudios sobre calidad de vida en pacientes con CP es escaso, lo cual hace necesario que se comiencen a realizar estudios para observar el comportamiento de nuestra población. Por otro lado, los efectos del tratamiento médico en estos pacientes hacen de la evaluación en calidad de vida y variables psicológicas algo complejo. Los pacientes pueden beneficiarse, primero de una correcta evaluación basal de su calidad de vida y otras variables psicológicas como ansiedad y depresión al momento de su primera consulta, en tratamiento y su seguimiento, en segundo lugar, desarrollar programas a nivel psicológico en México, cuyo objetivo sea mejorar calidad de vida, y mejorar los niveles de variables psicológicas, para que sean canalizados, (en caso de ser necesario) a terapia psicológica de preferencia con enfoque cognitivo conductual, la cual ha demostrado evidencia de su efecto benéfico en otras poblaciones, y los datos recabados en esta investigación sugieren que las técnicas como relajación, psicoeducación y reestructuración cognitiva pueden mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

Por otro lado, los instrumentos descritos anteriormente que miden CV en el área de salud, cáncer en general y CP, no son satisfactorios para

pacientes con CP por diversas razones entre las cuales se encuentran: problemas para discriminar si las alteraciones en CV se deben al tratamiento, problemas de validez y confiabilidad y que no son capaces de discriminar entre pacientes que tienen metástasis de los que no la tienen. Por ello se propone validar el FACT-P por sus propiedades psicométricas adecuadas y principalmente por la capacidad que identifican variaciones en áreas clave de la CV, además de discriminar a los pacientes metastásicos y no metastásicos, esto puede ser de ayuda para ofrecer intervenciones adecuadas tanto en aspectos médicos como psicológicos de forma temprana específicamente para la CV.

Conclusión

Los estudios reportados identifican alteraciones en calidad de vida y variables psicológicas.

La disminución de la funcionalidad, función sexual, problemas urinarios, mayor ansiedad y depresión además de necesidad de información son aspectos comunes en los pacientes con CP que se identificaron en esta revisión.

Es esencial desarrollar en México programas de atención psicológica en pacientes con CP que presenten alteraciones en las variables antes mencionadas.

En el siguiente capítulo se desarrolla la validación del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer (FACT-P), para realizar una correcta evaluación de la calidad de vida y funcionalidad de CP y posteriormente en el apéndice 9, se realiza una propuesta de intervención en calidad de vida, ansiedad y depresión con base en los datos recabados de los pacientes evaluados.

Validación del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P

Planteamiento y justificación del problema.

La CV en el paciente con CP se ve afectada por el cáncer y los tratamientos médicos en diversas dimensiones tanto físicas como psicológicas. Epidemiología de afectaciones en calidad de vida: fatiga en 25% (Monga et al., 2005); flujo de orina débil o flujo interrumpido van del 10% a 15%, aumento en la frecuencia de ir a orinar a dos años de una prostatectomía entre 50% a 60%, diarrea debida a una braquiterapia del 15% a 40%, disfunción eréctil en 15% y en pacientes con radioterapia entre un 30% y 40%, el 70% presenta dolor en la cadera, de espalda o tórax debido a la propagación del cáncer en huesos u otras áreas (American Cancer Society, 2016a; Chen et al., 2014). Epidemiología de sintomatología psicológica: niveles de depresión en el 17% de los pacientes en pretratamiento, 15% durante el tratamiento y 18% en el post-tratamiento. De forma similar la ansiedad se presenta en un 27% en el pre-tratamiento, 15% en tratamiento y 18% post-tratamiento (Watts et al., 2014).

En la revisión teórica realizada, no se encontró una escala diseñada o validada para población mexicana que evaluara CV en pacientes con CP. El hecho de no contar con un instrumento específico para estos pacientes limita el conocimiento preciso de los niveles de CV y las diferencias que puedan encontrarse a nivel cultural con otras poblaciones.

En este contexto se validó el Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate [FACT-P] o en español "Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata" (1997) desarrollado por (Esper et al., 1997) ha sido validado en distintos países y ha demostrado su utilidad en otros entornos culturales (Bonomi et al., 1996; Hong et al., 2006; Wong et al., 2015), el FACT-P es una escala auto-aplicada conformada por 39 reactivos de los cuales 27 forman parte del FACT-G

(Cella et al., 1993), y 12 son parte de un módulo específico del CP que permite evaluar bienestar físico, emocional, social/familiar, funcionalidad y aspectos adicionales (presenta una consistencia interna entre .87 a .89 y para la sub-escala de CP un alfa .65 a .69), se puede contestar en 15 minutos durante el periodo de tratamiento, seguimiento, en consulta externa u hospitalización; un aspecto relevante del FACT-P es que discrimina entre el grupo de pacientes con cáncer loco-regional y con metástasis, lo que no se presenta en los otros instrumentos como por ejemplo el EORTC Quality of Life Questionnaire-Prostate Module [QLQ-PR25] de (van Andel et al., 2008).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del FACT-P en un grupo de pacientes mexicanos con cáncer de próstata?

Resultados esperados

Las características psicométricas del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P y FACT-G versión mexicana posee similar estructura factorial, consistencia interna, varianza explicada que la versión original.

Existen correlaciones entre el FACT-P, EORTC QLQ 30 y HADS directamente proporcionales (FACT-P puntuación total, y sus respectivas subescalas: subescala de próstata, Índice de resultados en los ensayos, Estado físico, Ambiente familiar y social, Capacidad de funcionamiento personal y Estado emocional) e inversamente proporcionales (en las subescalas EORTC QLQ 30: Fatiga, Nausea, Dolor) y (en las subescalas del HADS Ansiedad y Depresión), estadísticamente significativas, por lo que el FACT-P tiene una adecuada validez concurrente.

Objetivo general

Validar el Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P para pacientes con CP en población mexicana.

Objetivos específicos.

- 1) Prueba piloto del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P y FACT-G con el objetivo de evaluar redacción, expresiones confusas y dificultad; posteriormente realizar las modificaciones pertinentes.
- 2) Determinar la estructura factorial de componentes principales del FACT-P y FACT-G
- 3) Determinar confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de FACT-P y FACT-G.
- 4) Determinar la validez concurrente con las mediciones del Inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida [EORTC QLQ 30] y de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HADS].

Objetivo secundario

Explorar la capacidad clínica del FACT-P para discriminar características de calidad de vida, funcionalidad, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de próstata.

Objetivos específicos secundarios

- 1) Determinar la capacidad del FACT-P para diferenciar calidad de vida y funcionalidad entre pacientes metastásicos y no metastásicos.

- 2) Evaluar la capacidad de modelos de regresión logística multivariada que identifiquen factores psicológicos y clínicos que explican la presencia de calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de próstata.
- 3) Diseñar una intervención cognitiva conductual individual para incrementar calidad de vida mediante la disminución de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer de próstata.

Metodología

Variables

Definición conceptual

- Calidad de vida relacionada a la salud
“El grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento” (Cella, 1995).

Definición operacional

La CV se medirá por medio de las respuestas al Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P versión mexicana (Esper et al., 1997).

Definición conceptual

- Funcionalidad
“Es la perspectiva subjetiva en relación con la propia capacidad para realizar tareas o actividades diarias de la vida diaria. Este dominio también podría estar relacionado con los roles en el trabajo o con la familia o los amigos” (Henderson et al., 2008).

Definición operacional

La funcionalidad se midió mediante las respuestas al Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P versión mexicana (Esper et al., 1997).

Participantes

Criterios de inclusión.

1) Diagnóstico oncológico de CP, 2) en tratamiento oncológico (cualquier tipo o combinación de estos) o periodo de seguimiento, 3) cualquier estadio, 4) que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión.

1) Pacientes con deficiencias cognitivas, 2) Pacientes con deficiencias auditivas y 3) Pacientes con deficiencias visuales.

Criterios de eliminación.

1) Que el paciente decida no seguir participando.

2) Que el paciente no haya completado el instrumento.

Los pacientes se eligieron por disponibilidad (Nunally, 1991), el tamaño de participantes se calculó multiplicando 39 (número total de reactivos) por 5 (participantes por cada reactivo) dando un total de 195 pacientes, en este trabajo se aplicó a 201 pacientes.

Tipo de estudio

Transversal, no experimental.

Instrumentos

Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer (Functional Assesment Cancer Therapy FACT-P por sus siglas en inglés) Versión Próstata para medir funcionalidad y calidad de vida, desarrollado por Esper et al. (1997) es una escala multidimensional auto-aplicada conformada por 39 reactivos en total, de los cuales 12 son parte de una escala específica del CP que contiene aspectos adicionales como son dolor, función urinaria, función sexual y aspectos sociales y emocionales relacionados con el CP (Chu et al., 2014) se aplica de forma conjunta con 27 reactivos que conforman el FACT-G que permite evaluar bienestar físico, emocional, social/familiar, funcionalidad (Cella et al., 1993), (presenta una

consistencia interna entre .87 a .89 y para la sub-escala de CP un alfa .65 a .69), es una escala que se puede contestar en 15 minutos.

El inventario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer y Calidad de Vida (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life, EORTC QLQ-C30, por sus siglas en inglés) desarrollado por Aaronson et al. (1993) y validado en México por Oñate-Ocaña et al. (2009) es un instrumento que mide CV y es específico para cáncer, contiene 30 reactivos con cinco escalas de dominio: Físico, Rol, Emocional, Social y Cognitivo, dos reactivos evalúan CV global, además, tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y vómitos, con un alfa entre escalas que va de .60 a .70 (apéndice 1).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS por sus siglas en inglés) desarrollado por Zigmond & Snaith, (1983) y validado en México por Galindo et al., (2015) es un instrumento que mide sintomatología ansiosa y depresiva, con 12 reactivos en su versión mexicana, consistencia interna global (alfa=0.86) alfas para cada sub escala con un valor de .79 a .80 que explicaron el 48.04% de la varianza (apéndice 2).

Se incluyó una cédula de identificación del participante la cual recabó variables clínicas y sociodemográficas, para revisar dichos datos se empleó el programa INCANET el cual es una base de datos de los expedientes de los pacientes, cabe añadir que las aplicaciones se realizaron en la sala de espera de la Unidad funcional de urología.

Procedimiento

Consideraciones éticas

Se solicitó al autor del instrumento del FACT-P David Cella poder realizar la validación en México de su inventario, autorización que fue dada a través de un correo electrónico de confirmación (apéndice 3). Se comenzó con la aplicación del instrumento una vez aprobado el protocolo **“Validación del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el**

Tratamiento del Cáncer FACT-P para pacientes con CP en Población Mexicana” (016/049/POI) (CEI/1071/16). El Comité de Investigación concedió dispensa de consentimiento debido al bajo riesgo del estudio. Se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, propósito, procedimiento, confidencialidad, los riesgos y beneficios.

Etapa 1. Prueba piloto

Se realizó la aplicación del Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer FACT-P versión en castellano a 30 pacientes para identificar si existía alguna expresión confusa, ofensiva así como la comprensión de los reactivos (Mora, Bautista, Natera, & Pedersen, 2013). Se aplicó un formato de registro de caso que incluyó: un cuestionario específico sobre las instrucciones, cada reactivo y las opciones de respuesta (apéndices 4 y 5).

La aplicación del piloteo se efectuó en el área de la sala de espera de la Unidad Funcional de Urología en un horario de 9:00 am a 1:00 pm del día 3 de octubre de 2016 al 7 de noviembre de 2016. Se aplicó a 30 participantes con cáncer de próstata, los cuales se incluyen en el análisis (Tabla 7). Los datos indican que por el porcentaje de participantes con dificultad en el reactivo (soy capaz de sentir como hombre), ascienden a 16.7% muy cercano al criterio de 20% para no modificar un ítem, debido a ello, se consideró que debía someterse a un proceso de jueceo , el cual se puede definir como una opinión de personas que tienen una formación en el tema a evaluar y que pueden dar información, certeza, juicio o valoración para que revisar la traducción del ítem (Skjong & Wentworth, 2001) con el objetivo de tomar en cuenta la validez de contenido (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) de dicho reactivo y se diera mayor claridad para la investigación, y determinar si era necesario reformularse o quedarse como estaba (Tabla 8 y Tabla 9).

Tabla 7. Descripción de los participantes del piloteo

	f	%		f	%
N	30	100	Paternidad		
Edad (Rango)			Si	28	93.3
48-82			No	2	6.7
\bar{x} = 66.43			Estatus médico		
Estado civil			Seguimiento	24	80
Casados	22	73.3	Inicio de tratamiento	4	13.3
Solteros	1	3.3	Diagnóstico	2	6.7
Divorciados	1	3.3	Tratamiento hormonal	12	40
Viudos	2	6.7	Radioterapia	7	23.3
Unión libre	4	13.3	Cirugía	6	20
Escolaridad			Sin tratamiento	5	16.7
Ninguno	2	6.7	Comorbilidades		
Primaria	14	46.7	Sin comorbilidad	18	60
Secundaria	6	20	Diabetes	4	13.3
Bachillerato	4	13.3	Hipertensión	6	20
Licenciatura	4	13.3	CC	2	6.7
Posgrado	0	0	Etapa clínica		
Nivel socioeconómico			ECIV	9	30
Nivel II	8	26.7	ECIII	7	23.3
Nivel III	12	40	ECII	9	30
Nivel IV	3	10	ECI	1	3.3
Nivel VI	3	10	EC0	3	10
Nivel KIV	1	3.3	Sin EC	1	3.3
Desconocido	3.3	1			
Ocupación actual					
Auto empleados	12	40			
Desempleados	9	30			
Empleados	5	16.7			
Otra ocupación	4	13.3			

Nota: EC= Etapa clínica CC=Combinación de comorbilidades

Tabla 8. Preguntas confusas o difíciles en el piloteo

	f	%
Estado físico general de salud		
Me falta energía	1	3.3
Tengo náuseas	1	3.3
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	1	3.3
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	1	3.3
Tengo que pasar tiempo acostado(a)	1	3.3
Ambiente Familiar y social		
Me siento cercano(a) a mis amistades	1	3.3
Estado emocional		
Ningún ítem confuso		
Capacidad de funcionamiento personal		
Ningún ítem confuso		
Otras preocupaciones		
Soy capaz de sentir como hombre	5	16.7
Tengo problemas con el estreñimiento	1	3.3
Tengo dificultad al orinar	1	3.3
Orino más frecuentemente de lo usual	1	3.3

Tabla 9. Reactivos confusos y sugerencias de cambio

Reactivos confusos	Sugerencias de los participantes
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	Me cae mal lo que me da el médico
Soy capaz de sentir como hombre	Soy capaz en la vida en general o sexual
Me falta energía	Me siento cansado
Tengo náuseas	Tengo ascos
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia	Debido a mi enfermedad no puedo convivir con mi familia
Tengo que pasar tiempo acostado	Me la paso acostado
Me siento cercano a mis amistades	Estoy cerca de mis amigos
Tengo problemas de estreñimiento	Me cuesta trabajo ir al baño
Tengo dificultad al orinar	Me cuesta trabajo orinar
Orino más frecuentemente de lo usual	Orino muy seguido

En el reactivo en inglés “I am able to feel like a man” se podía agregar la palabra “un” por lo que quedaría como “Soy capaz de sentir como un hombre”, esta observación se envió a 14 expertos psicólogos titulados de licenciatura, y estudiantes de maestría con residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se

les envió una plantilla con instrucciones dónde se les explicó que debían decidir si aceptaban el cambio propuesto o si sugieran algún cambio (apéndice 6). Contestaron la plantilla cinco jueces en los cuales no hubo un consenso del cambio de reactivo, por lo que se consideró que se emplearía el reactivo con el cambio, es decir, con la traducción literal.

Etapa 2. Validez y confiabilidad del FACT-P

Se aplicó el FACT-P concurrentemente con el EORTC QLQ 30 y HADS, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México, en la Unidad Funcional de Urología y la sala de espera correspondiente a dicha Unidad, en un periodo de cinco meses. En la Tabla 10 se hace una descripción de la muestra. Se incluyeron 201 pacientes con cáncer de próstata con una edad entre 49 y 90 años.

Tabla 10. Descripción de los participantes

	f	%		f	%
N	201	100	Paternidad		
Edad (Rango)			Si	186	92.5
49-90			No	15	7.5
\bar{x} =68.53					
Estado civil			Estatus médico		
Casados	132	65.7	Terapia hormonal y Rt*	71	35.3
Solteros	25	12.4	Terapia hormonal	44	21.9
Unión libre	17	8.5	Sin tratamiento	22	10.9
Viudos	14	7	Cirugía	20	10
Divorciados	6	3	Radioterapia	15	7.5
Otro	2	1	Terapia hormonal y Qt*	8	4
			Cirugía y Rt	8	4
Escolaridad			Terapia hormonal, Rt y Qt	7	3.5
Primaria	84	42	Orquiectomía	4	2
Secundaria	35	17.5	Qt y Qt-Rt	2	1
Licenciatura	34	17			
Bachillerato	26	13	Periodo de Tratamientos		
Ninguno	14	7	Tratamiento activo	134	66.7
Posgrado	8	4	Periodo de seguimiento	52	25.9
			Diagnóstico	10	5
Nivel Económico			Inicio de tratamiento	5	2.5
Nivel I	24	11.9			

Continuación Tabla 10. Descripción de la muestra

Nivel II	57	28.4	Comorbilidades		
Nivel III	103	51.2	Ninguna	97	48.5
Nivel IV	6	3	Hipertensión arterial	40	20
Nivel V	1	.5	Diabetes	22	10.9
Nivel VI	10	5	Combinación	16	8
			Otro	24	11.9
Ocupación actual			Etapa clínica		
Auto empleados	73	36.3	IV	68	33.8
Desempleados	69	34.3	III	14	7
Empleados	25	12.4	II	101	50.2
Otra ocupación	4	2	I	18	9
Pensionado	11	5.5			
Campo	19	9.5			
ECOG			Peso (Kg*)		
0	101	50.2	45-65	35	17.9
1	93	46.3	66-85	123	61.2
2	6	3	86-105	38	18.9
3	1	.5	106-115	4	2

*Rt= Radioterapia, Qt= Quimioterapia, Kg= Kilogramos

Análisis estadísticos

Para validar el instrumento, se siguió el esquema de la Tabla 11 para realizar el análisis exploratorio y determinar la estructura factorial. Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis con rotación varimax ya que se identificaron correlaciones pequeñas y medianas entre reactivos. Los criterios utilizados para el análisis fueron los siguientes: 1. No se asignaron cargas factoriales mínimas, 2. No se tomó un mínimo de reactivos por factor, y 3. Se tomó el coeficiente de consistencia interna por cada factor con un alfa de Cronbach de más de .60. La relación entre FACT-P, EORTC QLQ-30 y HADS se analizó mediante coeficiente de correlación de Pearson por el nivel de intervalo de las variables, con error alfa de $p < .05$. Posteriormente para realizar la comparación entre pacientes metastásicos y no metastásicos, se efectuó una prueba U de Mann-Whitney, Chi Cuadrado o prueba exacta de Fisher, ver la Tabla 11 para más información sobre los análisis realizados. (Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 19).

Tabla 11. *Pasos del análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial*

Análisis	Objetivo	Procedimiento
Análisis de distribución	Validar la base de datos, (identificar casos fuera de rango) y que todas las opciones de respuesta sean atractivas a cada reactivo.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar.
Sesgo	Determinar el tipo de población que se está analizando. TENDENCIA NO CENTRAL DE LOS DATOS. (población clínica) rango entre -1.5 y 1.5	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Asimetría → Gráficos → Histograma → Aceptar.
Cuartiles	Identificar a los puntajes de los cuartiles extremos a partir de la calificación total. Primero se tiene que hacer una nueva variable haciendo la sumatoria de todos los reactivos, luego se obtienen los cuartiles.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Estadísticos → Cuartiles → Seleccionar puntaje total → Aceptar.
Nueva variable para grupos extremos	Crear una nueva variable para identificar a los sujetos que pertenecen al grupo extremo inferior y superior.	Transformar → Recodificar en distintas variables → Seleccionar y nombrar variable → Valores antiguos y nuevos → Rango inferior agregar valor percentil 25 y nuevo valor 1 → Rango superior → Agregar valor percentil 75 y nuevo valor 2 → Aceptar.
Prueba T para muestras independientes	Filtro de reactivo de acuerdo de la propiedad de discriminación de los cuartiles extremos.	Analizar → Comparar medias → Prueba T para muestras independientes → Selección de todos los reactivos y definir grupos a partir de la variable de grupos extremos → Aceptar.

Continuación Tabla 11. *Pasos del análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial.*

Análisis	Objetivo	Procedimiento
Tablas cruzadas	Verificar la direccionalidad de los reactivos. Colocar en filas los extremos y en columnas los reactivos	Analizar → Estadísticos Descriptivos → Tablas de contingencia → Seleccionar todos → Casillas → Observado y Columna Aceptar →
Correlación	Determinar la correlación múltiple entre sí para determinar el tipo de rotación, para decidir si es varimax igual o mayor a .4 u oblimin si es menor a .4, correlaciones mayores a .8 miden lo mismo.	Analizar → Correlación Bivariadas → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar.
Análisis	Objetivo	Procedimiento
Consistencia interna	Verificar la correlación de los reactivos.	Analizar → Escala → Análisis de fiabilidad → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar. →
Análisis Factorial	Analizar la matriz de componentes rotados, para eliminar reactivos que pertenecen a más de un factor.	Analizar → Reducción de dimensiones → Factor → Seleccionar reactivos → KMO Varimax → No se suprimen valores Aceptar.

Resultados

Estructura factorial

La escala FACT-P obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una ($p=.001$) y un índice de adecuación muestral ($KMO=.774$). El primer análisis factorial exploratorio (método de componentes principales y rotación Varimax realizado por las correlaciones entre reactivos con rangos entre .145 y .645) con 12 reactivos para el FACT-P, arrojó un modelo de dos factores con 2 indicadores y autovalores arriba de 1.00; que explicó el 64.65% de la varianza, dichos factores e indicadores se asemejan a las características que se han reportado en otros estudios, mide la escala específica de CP (Chu et al., 2014). En este caso no se realizó ajuste a la

escala, con el objetivo de no eliminar reactivos, además el investigador decidió que por la relevancia clínica se debían observar los reactivos con poca carga factorial como indicadores de calidad de vida, para que en estudios posteriores se decidiera si se mueven a otro factor, o se eliminan, como se puede observar en la Tabla 12, la matriz de componente rotados muestra que el reactivo (P6 Tengo problemas con el estreñimiento) se agrupa en el factor 1 aunque está más relacionado con la funcionalidad se decidió dejarlo en ese factor, y el reactivo (C2 Estoy bajando de peso) se agrupo con el factor 2 que está más relacionado con la función urinaria, se decidió no eliminarlo y dejarlo en ese factor, la relación de ambos reactivos, sus alcances y limitaciones se discuten más adelante, ver apéndice 7 para observar los cambios al instrumento y el apéndice 8 para la ver la forma de calificación del mismo.

Tabla 12. Factores rotados para el FACT-P, ordenados según su carga factorial.

Reactivos Subescala FACT-P	Componente				Media total y SD total 31.44 ± 7.36, α=.79		
	1	2	3	4	Varianza explicada	Media SD	Alfa de Cronbach
					64.65%		
Subescala Dolor						11.68 ± 3.75	α=.81
P1 Tengo dolores que me molestan	.913	.128	.062	.046			
P2 Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo	.904	.154	.125	-.033			
P3 El dolor me impide hacer las cosas que quiero hacer	.751	.246	.145	.133			
P6 Tengo problemas con el estreñimiento	.420	.257	-.092	.141			
						12.03 ± 3.16	α=.70
Subescala Función Urinaria							
BL2 Orino más frecuentemente de lo usual	.133	.788	.113	-.140			
P7 Tengo dificultad al orinar	.103	.771	.026	.115			
P8 Mis problemas con el orinar limitan mis actividades	.330	.710	.025	.069			
C2 Estoy bajando de peso	.327	.391	-.186	.374			

Continuación Tabla 12. Factores rotados para el FACT-P, ordenados según su carga factorial

Subescala Función sexual					2.8 ± 1.8	α=.48
BL5 Soy capaz de tener y mantener una erección	.109	.118	.807	-.124		
P5 Soy capaz de sentir como un hombre	.005	-.008	.722	.426		
Subescala Funcionalidad					4.9 ± 1.7	α=.50
C6 Tengo buen apetito	.005	.063	.042	.830		
P4 Estoy satisfecho con el alivio que tengo por el momento	.402	-.109	.425	.568		

Análisis factorial 4 factores, Kaiser-Meyer-Olkin .774, Bartlett $p > .001$; SD= Desviación estándar; Medía total y SD total se refieren a el puntaje del FACT-P total con la calificación de los 39 reactivos.

Posteriormente, para el FACT-G se obtuvo la prueba de esfericidad de Bartlett una ($p=.001$) y un índice de adecuación muestral (KMO=.874). El primer análisis factorial exploratorio (método de componentes principales y rotación Varimax ya que la correlación entre reactivos mostro relaciones de medias a bajas) con 27 reactivos, arrojó un modelo con cinco factores, con autovalores arriba de 1.00; aunque explicaba el 55.71% de la varianza, no concordaba con los cuatro factores reportados (Smith et al., 2007). En el primer factor Estado físico, se agrupó el reactivo “GE1 Me siento triste” que es originalmente del área emocional, los reactivos (GE5 Me preocupa morir, GE4 Me siento nervioso y GE6 Me preocupa que mi enfermedad empeore) se agruparon juntos en el cuarto factor, mientras que (GE3 Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad y GE2 Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad) se agruparon en un quinto factor.

Por lo que se realizó un análisis factorial y se decidió ajustar la escala a 4 factores, se puede observar en la Tabla 13 la matriz de componentes rotados y como se ajustaron lo reactivos, de esta manera se observa que el reactivo (GE3 Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad) se agrupa al primer factor y (GE5 Me preocupa morir, GE4 Me siento nervioso, GE6 Me preocupa que mi enfermedad empeore y GE2 Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad) que

originalmente son de Estado emocional, se ajustan de forma adecuada en el cuarto factor, por otro lado el reactivo (GS7 Estoy satisfecho con mi vida sexual), se agrupa con el tercer factor, diferente al que originalmente se asigna en el FACT-G.

Tabla 13. Factores rotados para el FACT-G, ordenados por carga factorial.

Reactivos FACT-G	Componente				Media total y SD total=75.56±14.8		
	1	2	3	4	Varianza explicada	Media SD	Alfa de Cronbach
Subescala Estado Físico General de Salud					55.71%	29.7±6.4	$\alpha=.87$
GP7 Tengo que pasar tiempo acostado	.815	-.047	.168	.073			
GP1 Me falta energía	.796	.049	.077	.121			
GP6 Me siento enfermo	.785	-.066	.135	.194			
GP3 Debido a mi estado físico tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia	.716	.092	.121	.046			
GP4 Tengo dolor	.711	-.064	.160	.011			
GE1 Me siento triste	.665	.039	.052	.317			
GP2 Tengo náuseas	.634	-.009	.125	.046			
GP5 Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	.540	.019	.077	.167			
GE3 Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	.426	.101	.083	.226			
Subescala Ambiente Familiar y Social						16.41±5	$\alpha=.86$
GS5 Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	.061	.831	.065	.101			
GS2 Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	-.011	.824	.105	.095			
GS4 Mi familia ha aceptado mi enfermedad	-.156	.757	.063	.111			
GS3 Recibo apoyo por parte de mis amistades	.069	.722	.263	-.093			
GS1 Me siento cercano(a) a mis amistades	.207	.706	.175	-.009			
Subescala Capacidad de Funcionamiento Personal						17.8±6.2	$\alpha=.86$
GF2 Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	.298	.150	.730	-.028			
GF1 Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	.279	.167	.727	-.060			
GF3 Puedo disfrutar de la vida	.022	.329	.696	.240			

Continuación Tabla 13. Factores rotados para el FACT-G, ordenados según su carga factorial.

	Componente				Media SD	Alfa de Cronbach
	1	2	3	4		
GF6 Disfruto con mis pasatiempos de siempre	.273	.182	.660	.386		
GF7 Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	.384	.109	.650	.356		
GF5 Duermo bien	.150	.079	.639	.370		
GS7 Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	.038	.065	.553	-.094		
GF4 He aceptado mi enfermedad	-.024	.234	.489	.342		
Subescala Estado emocional					11.68±3.1	$\alpha=.66$
GE5 Me preocupa morir	.165	.042	.091	.762		
GE4 Me siento nervioso(a)	.299	-.062	.133	.672		
GE6 Me preocupa que mi enfermedad empeore	.333	-.039	.049	.667		
GE2 Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	.038	.215	.304	.346		

Análisis factorial FACT-G 4 factores, Kaiser-Meyer-Olkin .874, Bartlett $p>.001$; SD=Desviación estándar

Confiabilidad por consistencia interna

El alfa de Cronbach del FACT-P (12 reactivos) es de .79. el alfa de Cronbach del FACT-G (27 reactivos) es de .89, El alfa entre reactivos va de .87 a .66, en términos generales la consistencia del instrumento se considera adecuada (Tabla 12 y Tabla 13). En el Capítulo 2 se muestran las comparaciones de ambas escalas y las validaciones de otros países.

Validez concurrente

La mayoría de las correlaciones entre FACT-P, EORTC QLQ 30 y HADS fueron positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson de .146 a .716, $p<.01$ y $p<.05$). Por otro lado, se identificaron correlaciones negativas entre el FACT-P, EORTC QLQ 30 y HADS lo que indica una

relación inversamente proporcional (r de Pearson de $-.206$ a $.744$, $p < .01$), la Tabla 14 muestra el resumen de las asociaciones entre el FACT-P con las medidas concurrentes administradas EORTC QLQ 30 y HADS.

Discriminación del instrumento FACT-P total, para identificar niveles de CV y funcionalidad entre pacientes metastásicos o no metastásicos

Se realizó una comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes metastásicos y no metastásicos, y se encontró asociación del estado metastásico con el bajo nivel económico ($p < .034$), estar inactivo económicamente ($p < .007$) y no tener o tener solo un tratamiento ($p \leq .001$); estas variables pueden ser de interés para investigaciones futuras en las que se necesita poner atención y poder observar de estas variables cuáles provocan mayores dificultades en la calidad de vida del paciente (Tabla 15).

En cuanto a la capacidad del FACT-P para diferenciar la calidad de vida de los pacientes metastásicos vs no metastásicos, se observan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del instrumento ($p \leq .001$) donde el grupo que tiene peor CV es el que tiene metástasis y en las siguientes subescalas: Subescala de cáncer de próstata (PCS) ($p = .009$); Índice de resultados en los ensayos (TOI) ($p \leq .001$); Estado físico general de salud (PWB) ($p \leq .001$); Capacidad de funcionamiento personal (FWB) ($p = .006$); FACT-G ($p < .002$). Sin embargo, hay datos no significativos como son: Ambiente familiar y social (SWB) ($p = .691$); Estado Emocional (EWB) ($p = .565$) (Tabla 16).

Tabla 14. Coeficientes de correlación del FACT-P Versión Mexicana, con EORTC QLQ-30 y HADS

Subescala/ escala total	EORTC QLQ-30									HADS		
	Salud Global	Función física	Rol Funcional	Emocional	Cognitivo	Social	Fatiga	Nausea	Dolor	HADS Ansiedad	HADS Depresión	HADS Total
FACT-P												
PCS	.581**	.716**	.641**	.440**	.384**	.484**	-.679**	-.498**	-.764**	-.445**	-.559**	.581**
FACT-P	.651**	.671**	.609**	.492**	.413**	.524**	-.622**	-.464**	-.664**	-.515**	-.617**	.651**
Puntaje total												
TOI	.659**	.720**	.664**	.486**	.407**	.533**	-.699**	-.522**	-.744**	-.524**	-.634**	.659**
PWB	.612**	.706**	.658**	.512**	.377**	.546**	-.774**	-.622**	-.753**	-.509**	-.563**	.612**
SWB	.202**					.146*						.202**
EWB	.365**	.259**	.254**	.579**	.308**	.305**	-.342**	-.244**	-.268**	-.545**	-.389**	.365**
FWB	.496**	.406**	.391**	.288**	.275**	.330**	-.320**	-.206**	-.365**	-.388**	-.501**	.496**
FACT-G	.618**	.578**	.529**	.466**	.384**	.488**	-.528**	-.399**	-.544**	-.495**	-.582**	.618**
Puntaje total												

*La correlación es significativa al nivel .05. **La correlación es significativa al nivel .01.

Tabla 15. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes no metastásicos y metastásicos. Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante chi cuadrado o U de Mann Whitney

	Total (P25-P75)	No Metástasis (n=133) Mediana y (P25-P75)	Metástasis (n=68) Mediana y (P25-P75)	<i>p</i>
Edad	68 (63 - 73)	68 (63 - 73)	70 (64 - 76)	.215
Estado civil				.708
En pareja	151 (75)	101 (76)	50 (74)	
Sin pareja	50 (25)	32 (24)	18 (26)	
Escolaridad				.207
Ninguna o Básica	133 (66)	84 (63)	49 (72)	
Media a Superior	68 (34)	49 (37)	19 (28)	
Nivel económico				.034
Bajo a Medio	184 (92)	118 (89)	66 (97)	
Alto	17 (8)	15 (11)	2 (3)	
Ocupación				.007
Inactivo económicamente	80 (40)	44 (33)	36 (53)	
Activo económicamente	121 (60)	89 (67)	32 (47)	
Tener hijos				.188
Sí	186 (93)	121 (91)	65 (96)	
No	15 (7)	12 (9)	3 (4)	
Tratamientos				≤.001
Sin tratamiento	22 (11)	12 (9)	10 (15)	
Un tratamiento	84 (42)	47 (35)	37 (54)	
Dos tratamientos	87 (43)	71 (53)	16 (24)	
Tres tratamientos	8 (4)	3 (2)	5 (7)	
Comorbilidades				.122
Sin Comorbilidades	97 (48)	59 (44)	38 (56)	
Con Comorbilidades	104 (52)	74 (56)	30 (44)	

Tabla 16. Comparación de niveles de calidad de vida entre pacientes no metastásicos y metastásicos. Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante chi cuadrado o U de Mann Whitney.

	Total (P25-P75)	No Metástasis (n=133) Mediana y (P25-P75)	Metástasis (n=68) Mediana y (P25-P75)	<i>P</i>
FACT-P Puntuación total	109 (95-122)	111 (100-124)	105 (82-116)	≤.001
PCS	33 (28-36)	33 (29-37)	31 (23-36)	.009
TOI	83 (71-91)	84 (76-93)	76 (58-86)	≤.001
PWB	32 (27-35)	32 (29-35)	29 (21-34)	≤.001
SWB	17 (13-21)	17 (13-21)	17 (14-19)	.691
EWB	12 (10-14)	12 (10-14)	12 (9-14)	.565
FWB	18 (14-21)	19 (14-22)	17 (13-20)	.006
FACT-G	76 (67-87)	79 (68-89)	73 (59-81)	.002

PCS= Escala de Próstata, TOI= Índice de resultados en los ensayos, PWB= Estado físico, SWB= Ambiente social y familiar, EWB: Estado emocional, FWB= Funcionamiento personal.

Modelos de regresión logística para identificar factores psicológicos y clínicos en calidad de vida, ansiedad y depresión.

Las prevalencias generales fueron como sigue: la edad fue de 68 (63 - 73) años, 66% con baja escolaridad (ninguna o hasta secundaria), 25% vivían solos o no tenían pareja, 92% eran de bajo nivel económico, 40% inactivos económicamente, con tres o más hijos el 65% de ellos, 34% estaban en etapa 4 (metástasis), 53% recibía ninguno o máximo un tratamiento para cáncer y el 52% tenían al menos una comorbilidad. El 48% tenían mala calidad de vida, 28% con depresión o ansiedad, de los cuales 13.4% con depresión y 14.4% con ansiedad. En general, las medianas (percentil 25 - percentil 75) de las puntuaciones totales en las variables psicológicas fueron: calidad de vida = 109 (95 - 122), depresión = 2 (1 - 4) y ansiedad = 2 (1 - 4).

Como puede observarse en la Tabla 17 los pacientes con mala calidad de vida tuvieron menor escolaridad, inactividad económica, estar en etapa de metástasis y mayor depresión y ansiedad que los pacientes con buena calidad de vida.

Tabla 17. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes con baja y alta calidad de vida (N=201). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante chi cuadrado o U de Mann Whitney

	Calidad de vida (Puntuación FACT-P Total)		Valor p
	Mala < 109 puntos (N=97)	Buena ≥109 puntos N=104	
Edad (años)	68 (64 - 63)	73 (69 - 73)	.876
Escolaridad			.003
	Ninguna o Básica	74 (76)	59 (57)
	Media a Superior	23 (24)	45 (43)
Estado civil			.349
	Sin pareja	27 (28)	23 (22)
	En pareja	70 (72)	81 (78)
Nivel económico			.033
	Bajo a Medio	93 (96)	91 (88)
	Alto	4 (4)	13 (12)
Ocupación			.033
	Inactivo económicamente	46 (47)	34 (33)
	Activo económicamente	51 (53)	70 (67)
Número de hijos			.335
	Tres o más	66 (68)	64 (62)
	Dos o menos	31 (32)	40 (38)
Etapa clínica			.032
	Metástasis	40 (41)	28 (27)
	Sin metástasis	57 (59)	76 (73)
Tratamientos			.811
	Sin tratamiento o hasta uno	52 (54)	54 (52)
	Dos o más tratamientos	45 (46)	50 (48)
Número comorbilidades			.957
	Una o más comorbilidades	50 (52)	54 (52)
	Ninguna	47 (48)	50 (48)
Depresión			
	Puntuación total	4 (1 - 5)	1 (0 - 2)
Presencia de depresión			<.001
	Sí (puntuación ≥6)	22 (23)	5 (5)
	No (puntuación < 6)	75 (77)	99 (95)
Ansiedad			
	Puntuación total	4 (2 - 5)	1 (1 - 3)
Presencia de ansiedad			<.001
	Sí (puntuación ≥6)	24 (25)	5 (5)
	No (puntuación < 6)	73 (75)	99 (95)

El análisis bivariado por la variable depresión indica que, entre los deprimidos, hubo más pacientes que vivían en pareja, que estaban bajo ninguno o solo un tratamiento para el cáncer, con calidad de vida mala, mayor puntaje de ansiedad, y más casos con presencia de ansiedad comparados con los no deprimidos (Tabla 18).

Tabla 18. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes deprimidos y sin depresión (N=201). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante chi cuadrado o U de Mann Whitney

Variables del estudio	Depresión		Valor p
	Deprimidos ≥ 6 puntos (N=27)	Sin depresión < 6 puntos (N=174)	
Edad (años)	68 (64 - 71)	68 (63 - 73)	.859
Escolaridad			.171
	Ninguna o Básica	21 (78)	112 (64)
	Media a Superior	6 (22)	62(36)
Estado civil			.003
	Sin pareja	1 (4)	49 (28)
	En pareja	26 (96)	125 (72)
Nivel económico			.077
	Bajo a Medio	27 (100)	157 (90)
	Alto	0 (0)	17 (10)
Ocupación			.915
	Inactivo económicamente	11 (41)	69 (40)
	Activo económicamente	16 (59)	105 (60)
Número de hijos			.816
	Tres o más	18 (67)	112 (64)
	Dos o menos	9 (33)	62 (36)
Etapa clínica			.091
	Metástasis	13 (48)	55 (32)
	Sin metástasis	14 (52)	119 (68)
Tratamientos			.017
	Sin tratamiento o hasta uno	20 (74)	86 (49)
	Dos o más tratamientos	7 (26)	88 (51)
Número comorbilidades			.688
	Una o más comorbilidades	13 (48)	91 (52)
	Ninguna	14 (52)	83 (48)
Calidad de vida (FACT-P Total)	83 (68 - 96)	111 (102 - 123)	<.001
Calidad de vida			<.001
	Mala <109 puntos)	22 (82)	75 (43)
	Buena ≥ 109 puntos)	5 (18)	99 (57)
Ansiedad			<.001
	Puntuación total	6 (4 - 8)	2 (1 - 3)
Presencia de ansiedad			<.001
	Sí (puntuación ≥ 6)	14 (52)	15 (9)
	No (puntuación < 6)	13 (48)	159 (91)

Adicionalmente el análisis bivariado de la variable ansiedad arrojó que los pacientes ansiosos eran más jóvenes, tenían peor calidad de vida y mayor puntaje de depresión total y más casos con presencia de depresión, comparados con los no ansiosos (Tabla 19).

Tabla 19. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes con ansiedad y sin ansiedad (N=201). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante chi cuadrado o U de Mann Whitney.

Variables del estudio	Ansiedad		Valor p
	Ansiosos ≥ 6 puntos (N=29)	Sin Ansiedad < 6 puntos (N=172)	
Edad (años)	67 (61 - 70)	69 (64 - 74)	.035
Escolaridad			.614
	Ninguna o Básica	115 (67)	
	Media a Superior	57 (33)	
Estado civil			.573
	Sin pareja	44 (26)	
	En pareja	128 (74)	
Nivel económico			.063
	Bajo a Medio	155 (90)	
	Alto	17 (10)	
Ocupación			.068
	Inactivo económicamente	64 (37)	
	Activo económicamente	108 (63)	
Número de hijos			.461
	Tres o más	64 (37)	
	Dos o menos	108 (63)	
Etapas clínicas			.614
	Metástasis	57 (33)	
	Sin metástasis	115 (67)	
Tratamientos			.906
	Sin tratamiento o hasta uno	91 (53)	
	Dos o más tratamientos	81 (47)	
Número comorbilidades			.421
	Una o más comorbilidades	91 (53)	
	Ninguna	81 (47)	
Calidad de vida (FACT-P Total)	86 (69 - 102)	111 (101 - 123)	<.001
Calidad de vida			<.001
	Mala <109 puntos)	73 (42)	
	Buena ≥ 109 puntos)	99 (58)	
Depresión			
	Puntuación total	1 (0 - 4)	<.001
Presencia de depresión			<.001
	Sí (puntuación ≥ 6)	13 (8)	
	No (puntuación < 6)	159 (92)	

Con las variables que tuvieron asociación significativa en cada uno de los anteriores desenlaces, se diseñaron 6 modelos mostrados en la Tabla 20 donde se confirma que los factores asociados de manera independiente con mala calidad son escolaridad baja, estar inactivo económicamente, presencia de depresión y presencia de ansiedad (Modelos 1 y 2). Por otra parte, las variables asociadas independientemente con depresión fueron vivir solo o sin pareja (efecto protector), no tener tratamiento o tener solo uno, mala calidad de vida y presencia de ansiedad (Modelos 3 y 4). Por su lado, los factores independientemente asociados con la presencia de ansiedad son tener menor edad (efecto protector), mala calidad de vida y presencia de depresión (Modelos 5 y 6).

Tabla 20. *Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con mala calidad de vida y con la presencia de depresión o síntomas de ansiedad.*

Variables	O.R. (I.C. _{.95%})	Valor p	O.R. (I.C. _{.95%})	Valor p
Modelos para mala calidad de vida (MCV)	Modelo 1		Modelo 2	
	MCV = Edad + Escolaridad + Bajo Nivel Económico + Inactividad económica + Metástasis + Presencia de depresión		MCV = Edad + Escolaridad + Bajo Nivel Económico + Inactividad económica + Metástasis + Presencia de ansiedad	
Edad (años)	.97 (.94 - 1.02)	.205	.99 (.95 - 1.03)	.539
Escolaridad (ninguna o básica)	2.32 (1.17 - 4.59)	.016	2.71 (1.34 - 5.46)	.005
Bajo Nivel Económico	1.75(.51 - 6.02)	.373	1.56 (.45 - 5.36)	.481
Inactivo económicamente	1.95 (1.03 - 3.72)	.041	1.54 (.80 - 2.97)	.194
Metástasis	1.48 (.77 - 2.83)	.240	1.67 (.87 - 3.22)	.123
Presencia de depresión	5.06 (1.78 - 14.40)	.002	----	----
Presencia de ansiedad	----	----	6.50 (2.22 - 19.00)	.001
Modelos para presencia de depresión	Modelo 3		Modelo 4	
	Depresión = En pareja + Sin tratamiento o uno solamente + Mala calidad de vida		Depresión = Sin pareja + Sin tratamiento o uno solamente + Presencia de ansiedad	
Sin pareja	.07 (.08 - .513)	.010	.057 (.01 - .514)	.011
Sin tratamiento o un solo tratamiento	3.39 (1.23 - 9.34)	.018	5.11 (1.63 - 16.02)	.005
Mala calidad de vida	7.17 (2.46 - 20.93)	<.001	----	----
Presencia de ansiedad	----	----	18.32 (5.90 - 56.90)	<.001
Modelos para presencia de ansiedad	Modelo 5		Modelo 6	
	Ansiedad = Edad + Mala calidad de vida		Ansiedad = Edad + Presencia de depresión	
Edad	.93 (.88 - .99)	.017	.92 (.86 - .98)	.010
Mala calidad de vida	6.86 (2.46 - 19.10)	<.001	----	----
Presencia de depresión	----	----	13.34 (5.03 - 35.40)	<.001

Discusión y Conclusiones

La evaluación de la CV en pacientes con CP es de gran relevancia, debido a que se considera cómo la persona percibe el impacto que ha tenido en su vida la enfermedad y los tratamientos recibidos, además de que se espera que la curva poblacional de personas jóvenes en el país se invierta para el año 2050 y con ello aumenten el número de casos de CP en México (Consejo Nacional de Población CONAPO, 2014).

Debido a las afectaciones que presenta este grupo de pacientes en variables tanto físicas como psicológicas, deja claro que es necesario conocer de una manera más certera como se ve afectada la calidad de vida de estos pacientes, además de conocer sus afectaciones a nivel psicológico.

El presente estudio tuvo como propósito la adaptación cultural y validación de FACT-P en un grupo de 201 pacientes con cáncer de próstata. Se identificaron cuatro factores para el FACT-P (1. Dolor, 2. función urinaria, 3. función sexual y 4. funcionalidad) con 12 reactivos y cuatro factores para el FACT-G (1. Estado físico, 2. Ambiente familiar y social, 3. Capacidad de funcionamiento personal y 4. Estado emocional) con 27 reactivos. Además de explorar la capacidad del FACT-P para discriminar características de calidad de vida y funcionalidad en pacientes con CP.

El número de participantes para la validación de la escala FACT-P resultó adecuado además del análisis factorial según lo confirmaron la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba Kaiser-Meyer-Olkin y la rotación varimax se decidió por que las correlaciones entre reactivos resultaron ser entre pequeñas y medianas.

El FACT-P se corresponde a lo reportado por (Chu et al., 2014; Esper et al., 1997) cuyas subescalas miden dolor, función urinaria, función sexual y se añade una de funcionalidad. Sin embargo, el reactivo "C2 Estoy bajando de peso" por su carga factorial se relacionó con función urinaria, (ver Tabla 12), aunque teóricamente el reactivo no tendría una relación

directa con el resto de preguntas de función urinaria, al parecer, los pacientes comprendieron que el bajar de peso, al igual que los problemas para orinar podrían estar estrechamente relacionados según lo indica (Subak et al., 2009) cuyo estudio se basó en pacientes obsesos con problemas en función urinaria, el autor indica que menores problemas para orinar, estarían relacionados con un peso más adecuado, por lo tanto, se decidió dejar este reactivo en esa posición, a reserva de que futuros estudios observen dicho reactivo para tomar una decisión al respecto, ya sea que se coloque en otro factor, o que sea eliminado de la escala.

En este sentido el reactivo “P6 Tengo problemas con el estreñimiento” se colocó en la subescala de Dolor, como en el caso anterior, parece que no está relacionado, sin embargo, según Rey, Balboa, & Mearin, (2014) el estreñimiento o constipación está relacionado con dolor abdominal y falta de confort, en comparación con pacientes que no tenían dolor y que podían evacuar de forma normal, las diferencias entre ambos eran significativas $p < .05$. Por lo que se decidió dejar el reactivo a reserva de que en futuros estudios analicen su comportamiento y que se tome una decisión sobre su posible reubicación o su eliminación de la escala.

Pasando al FACT-G, sus cuatro factores coinciden con lo encontrado por Smith et al., (2007) es el único estudio que realiza análisis factorial del FACT-G después del que realizó (Cella et al., 1993) para su escala.

La ventaja adicional de esta versión mexicana del FACT-P y FACT-G consiste en que se realizó un análisis factorial que identificó de manera válida 4 dimensiones de la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, ya que como se analiza en las versiones que se han hecho a nivel internacional de esta escala, solo se quedan hasta la confiabilidad de la escala y validez concurrente (Chu et al., 2014; Esper et al., 1997; Hong et al., 2006; Wong et al., 2015).

El alfa de Cronbach del FACT-P es consistente en cuanto a los valores previamente reportados (Esper et al., 1997; Hong et al., 2006; Wong et al.,

2015), lo cual sugiere que la escala mexicana es equivalente en cuanto a sus propiedades psicométricas y puede ser utilizada de forma confiable.

La validez concurrente del FACT-P total demostrada mediante la asociación entre el EORTC QLQ 30 y el HADS, igual a lo encontrado en el estudio del FACT-B con mujeres con cáncer de mama mexicanas realizado por Fernández et al., (2010). Las correlaciones negativas observadas entre el FACT-P y EORTC QLQ 30 pudieran deberse a que las variables fatiga, náusea y dolor miden síntomas adversos mientras que el FACT-P pretende medir en una escala positiva la calidad de vida, al igual que las subescalas de HADS de depresión y ansiedad. Lo que indica que el FACT-P es capaz de discriminar pacientes con un bajo nivel de calidad de vida, también indica que posee una buena validez concurrente. La validez concurrente entre las subescalas del FACT-P, EORTC QLQ 30 y HADS fueron la mayoría significativas, cabe aclarar que la única subescala que muestra problemas por sus bajos coeficientes de correlación es la de ambiente social y familiar, lo cual concuerda con los datos reportados por Fernández, Blum, Aguilar, & Bautista, (2010) en la validación del FACT-B en la cual solo se relacionó con fatiga del EORTC QLQ 30.

Por otro lado, se comprueba lo que (Chu et al., 2014; Esper et al., 1997; Harrington et al., 2016) manifiestan de la escala, que es capaz de diferenciar entre pacientes metastásicos y no metastásicos en este estudio se muestran diferencias significativas que van de $p < .05$ a $p < .001$. Esta peculiaridad que tiene este instrumento en comparación con otros la hace más potente y capaz de capturar mejor las capacidades que conserva el paciente con cáncer de próstata y por lo tanto podría ayudar a realizar intervenciones médicas y psicológicas con mayor certeza del o los componentes que requieren una mejoría en calidad de vida además de poder observar efectos de medicamentos u otros tratamientos y realizar los ajustes necesarios, de la misma manera se puede realizar investigación certera y eficiente en pacientes mexicanos.

Los análisis bivariados fueron necesarios para identificar las variables psicológicas y clínicas asociadas a la mala calidad de vida una vez identificadas, se realizaron los modelos de regresión logística. La mala calidad de vida se identificó en los pacientes inactivos económicamente, que tienen metástasis además de depresión y ansiedad. Según lo reportado por Curtis, Groarke, & Sullivan (2014) la mala calidad de vida está relacionada con aspectos emocionales, estos datos coinciden con lo encontrado en las regresiones del modelo 1 y 2 de la Tabla 19, en donde se observa que la ansiedad y depresión se corresponden con una mala calidad de vida en el paciente con cáncer de próstata, de ahí que para una intervención psicológica en estos pacientes cuya variable desenlace sea la calidad de vida, este aspecto es sugerido en los artículos incluidos en la revisión de la literatura en donde la terapia psicológica mostró efectos benéficos en los pacientes con CP, esto sugiere que es necesario trabajar los aspectos psicológicos en específico ansiedad y depresión a la par del tratamientos médico.

Otro aspecto valioso de este trabajo es que los análisis de regresión logística que se realizaron en este trabajo, según la búsqueda de información, no han sido realizados en pacientes mexicanos según la revisión que se realizó en este trabajo, y además no se identificó una publicación sobre variables estaban relacionadas con CV en pacientes con cáncer de próstata en mexicanos, y que si se ha aplicado en otros estudios como por ejemplo (Siddons et al., 2013). Este trabajo puede considerarse una muestra para comenzar a generar conocimiento en el área para México en pacientes con CP

Sugerencias para estudios futuros

Que otros investigadores puedan evaluar la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo. Futuros estudios tendrán que observar el reactivo "C2 Estoy bajando de peso" y el reactivo "P6 Tengo problemas con el estreñimiento" ya que en el análisis factorial se relacionan con dimensiones distintas a las que se pensó originalmente (Funcionalidad),

por lo que se sugiere una cuidadosa observación por parte de futuros investigadores que empleen la escala y que tomen decisiones a partir de sus propias observaciones.

Se espera que el instrumento sea empleado en población clínica mexicana y así se realice una oportuna valoración de la CV en pacientes con CP que presenten afectaciones. Se sugiere que se aplique a pacientes con reciente diagnóstico, o pacientes en seguimiento para realizar un oportuno abordaje multidisciplinario en la calidad de vida y así detectar áreas de oportunidad con los pacientes mexicanos y comparar dichos resultados con otras poblaciones de distintos países.

En un futuro, otros investigadores podrán: 1) detectar áreas de oportunidad en el aspecto clínico, como por ejemplo contar con un instrumento que pueda identificar efectos de tratamientos psicológicos o médicos en calidad de vida, y, 2) se podrán comparar los hallazgos de CV en población mexicana con estudios realizados en otros países que hayan utilizado el FACT-P.

Finalmente, el FACT-P con sus 39 reactivos (FACT-G + FACT-P) presenta una adecuada consistencia interna y presenta una estructura factorial similar a la versión original. La escala demostró ser válida y confiable para la identificación de pacientes en calidad de vida y funcionalidad, además de que es capaz de discriminar entre pacientes metastásicos y no metastásicos, por lo que servirá para valorar a los pacientes con sintomatología física por la enfermedad o por tratamiento médico, se considera que será útil para emprender investigación en este grupo de pacientes con un enfoque transdisciplinario, además con las regresiones se identificaron variables asociadas a la calidad de vida, ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer de próstata.

Con los modelos anteriores y con base en la literatura revisada en (artículos de calidad de vida) se diseñó una intervención psicológica que pretende incrementar la calidad de vida mediante la reducción de

ansiedad, seis sesiones en total, un día por semana de 1 hora con las siguientes técnicas (bitácora clínica, registro de pensamientos, psicoeducación, relajación muscular o relajación diafragmática y resolución de problemas), se piensa que se podrían evaluar con el FACT-P versión mexicana y HADS. En el apéndice 9 se muestra una descripción amplia de esta propuesta exploratoria de intervención psicológica para pacientes de cáncer de próstata.

Este estudio enlazó la validación mexicana de un instrumento de calidad de vida de manera confiable y que permite distinguir entre metastásicos y no metastásicos con mala calidad de vida, ansiedad y depresión, en consecuencia, ahora es posible y deseable la exploración y ejecución de intervenciones clínicas más objetivas y eficaces para pacientes con cáncer de próstata.

Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Aibar, C., & Aranaz, J. (2007). Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora. *Revista Científica de Enfermería*, 7, 41–43. Retrieved from <http://studylib.es/doc/8745022/seguridad-del-paciente--cuaderno-de-bit%C3%A1cora>
- Almanza, J. de J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer., 62(5), 209–217.
- American Cancer Society. (2012). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012-2014. Sociedad Americana Contra el Cáncer.
- American Cancer Society. (2016a). Cáncer de próstata. EU.: Retrieved March 21, 2016, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/index>
- American Cancer Society. (2016b). Cirugía para el cáncer de próstata. EU.: Retrieved May 5, 2016, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/cancer-de-prostata-treating-surgery>
- American Cancer Society. (2016c). ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de próstata? EU.: Retrieved April 12, 2016, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/cancer-de-prostata-causes-risk-factors>
- American Cancer Society. (2016d). Etapas del cáncer de próstata. EU.: Retrieved April 24, 2016, from

- <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/cancer-de-prostata-early-staging>
- American Cancer Society. (2016e). ¿Qué es el cáncer de próstata? EU.: Retrieved May 6, 2017, from <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html>
- American Cancer Society. (2016f). Radioterapia para cáncer de próstata. EU.: Retrieved April 10, 2016, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/cancer-de-prostata-treating-radiation-therapy>
- American Cancer Society. (2016g). Terapia expectante, espera en observación, y vigilancia activa para cáncer de próstata. EU.: Retrieved April 10, 2016, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadeta llada/cancer-de-prostata-treating-watchful-waiting>
- American Psychological Association. (2017a). Anxiety. EU.: Retrieved October 1, 2017, from <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>
- American Psychological Association. (2017b). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Treatment of PTSD. EU.: Retrieved October 10, 2017, from <http://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy.aspx>
- American Psychological Association. (2017c). Depression. EU.: Retrieved October 1, 2017, from <http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., ... Bishop, M. (2013). Who benefits from a psychosocial counselling versus educational intervention to improve psychological quality of life in prostate cancer survivors? *Psychology & Health*, 28(3), 336–354.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2012.731058>

- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Editorial Gedisa.
- Bonomi, A. E., Cella, D. F., Hahn, E. A., Bjordal, K., Sperner-Unterweger, B., Gangeri, L., ... Zittoun, R. (1996). Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Quality of Life Research*, 5(3), 309–320. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00433915>
- Bourke, L., Boorjian, S. A., Briganti, A., Klotz, L., Mucci, L., Resnick, M. J., ... Penson, D. F. (2015). Survivorship and Improving Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *European Urology*, 68(3), 374–383. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.04.023>
- Brazier, J., Jones, N., & Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2(3), 169–180. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435221>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. In F. Cano-Valle & H. García-Romero, *Epidemiología Clínica* (pp. 189–199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Castañeda de la Lanza, C., O'Shea C., G. J., Narváez Tamayo, M. A., Lozano Herrera, J., Castañeda Peña, G., & Castañeda de la Lanza, J. J. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150–156. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007>
- Cella, D. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars in Oncology*, 22(2 Suppl 3), 73–81. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/7537908>
- Cella, D., Nichol, M. B., Eton, D., Nelson, J. B., & Mulani, P. (2009). Estimating Clinically Meaningful Changes for the Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate: Results from a Clinical Trial of Patients with Metastatic Hormone-Refractory Prostate Cancer. *Value in Health*, 12(1), 124–129. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00409.x>

- Cella, D., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. Retrieved from <http://jco.ascopubs.org/content/11/3/570>
- Chambers, S. K., Smith, D. P., Berry, M., Lepore, S. J., Foley, E., Clutton, S., ... Gardiner, R. A. (2013). A randomised controlled trial of a mindfulness intervention for men with advanced prostate cancer. *BMC Cancer*, 13(1), 89. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/89>
- Chen, R. C., Chang, P., Vetter, R. J., Lukka, H., Stokes, W. A., Sanda, M. G., ... Sandler, H. M. (2014). Recommended Patient-Reported Core Set of Symptoms to Measure in Prostate Cancer Treatment Trials. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 106(7), dju132-dju132. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju132>
- Chu, D., Popovic, M., Chow, E., Cella, D., Beaumont, J. L., Lam, H., ... Bottomley, A. (2014). Development, characteristics and validity of the EORTC QLQ-PR25 and the FACT-P for assessment of quality of life in prostate cancer patients. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 3(5), 523-531. <https://doi.org/10.2217/ce.14.41>
- Consejo Nacional de Población CONAPO. (2014). Documento Metodológico Proyecciones de la población de México 2010-2050. México.: Retrieved August 20, 2017, from http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Documento_Metodologico_Proyecciones_2010_2050
- Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F. (2014). Stress and self-efficacy predict psychological adjustment at diagnosis of prostate cancer. *Scientific Reports*, 4. <https://doi.org/10.1038/srep05569>
- Esper, P., Mo, F., Chodak, G., Sinner, M., Cella, D., & Pienta, K. (1997). Measuring quality of life in men with prostate cancer using the Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Instrument. *Adult Urology*, 50(6), 920-928.

- Fernández, H., Blum, B., Aguilar, E., & Bautista, H. (2010). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 133–138. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102d.pdf>
- Fernández, J., Hernández, R., & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica, 10(28), 680–689.
- Fromme, E. K., Eilers, K. M., Mori, M., Hsieh, Y.-C., & Beer, T. M. (2004). How good is physician reporting of chemotherapy adverse effects? A comparison to patient-reported symptoms from the QLQ-C30. *Journal of Clinical Oncology*. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.22.90140.8022>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., ... Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2001). *El control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona [etc.: Paidós.
- Gresham, F. M., Gansle, K. A., & Noell, G. H. (1993). Treatment integrity in applied behavior analysis with children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(2), 257–263. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-257>
- Hagermoser, L., & Kratochwill, T. (2008). Treatment Integrity in Behavioral Consultation: Measurement, Promotion, and Outcomes. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 95–114. Retrieved from <http://pbidi.unam.mx:8080/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ861339&lang=es&site=eds-live>
- Hansen, P. A., Dechet, C. B., Porucznik, C. A., & LaStayo, P. C. (2009). Comparing Eccentric Resistance Exercise in Prostate Cancer

- Survivors On and Off Hormone Therapy: A Pilot Study. *PM&R*, 1(11), 1019–1024. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.09.016>
- Harrington, S., Lee, J., Colon, G., & Alappattu, M. (2016). Oncology Section EDGE Task Force on Prostate Cancer: A Systematic Review of Outcome Measures for Health-Related Quality of Life. *Rehabilitation Oncology (American Physical Therapy Association. Oncology Section)*, 34(1), 27–35. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851243/>
- Henderson, W. A., Fall-Dickson, J. M., Schlenk, E. A., Kim, K. H., Matthews, J. T., & Erlen, J. A. (2008). Effects of Liver Disease on the Well-Being of Persons Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(5), 368–374. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2008.05.004>
- Hernández, M., & Limonero, J. (2015). Instrumentos de detección y evaluación psicológica. In *COUNSELLING Y PSICOTERAPIA EN CÁNCER* (pp. 67–74). España: Elsevier. Retrieved from <http://www.casadellibro.com/ebook-counselling-y-psicoterapia-en-cancer-ebook/9788490227008/2477542>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). México: McGraw Hill.
- Heydarnejad, M. S., Hassanpour, D. A., & Solati, D. K. (2012). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2). Retrieved from <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/68456>
- Hirai, K., Motooka, H., Ito, N., Wada, N., Yoshizaki, A., Shiozaki, M., ... Akechi, T. (2012). Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese early-stage breast cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(12), 1168–1174. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys158>
- Hong, J. H., Jeon, S. S., Lee, H. M., Choi, Y. H., Kim, S., & Choi, H. Y. (2006). The Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) scales in men with prostate cancer: reliability and validity of the

- Korean version. *Journal of Korean Medical Science*, 21(2), 295–299.
Retrieved from
<http://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.3346/jkms.2006.21.2.295&code=0063JKMS&vmode=FULL>
- Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., ... Vitulano, M. (2013). Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behavior Modification*, 37(6), 747–767. <https://doi.org/10.1177/0145445513501512>
- Huri, M., Huri, E., Kayihan, H., & Altuntas, O. (2015). Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer. A randomized controlled study. *Saudi Medical Journal*, 36(8), 954–961. <https://doi.org/10.15537/smj.2015.8.11461>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2016). INCan 2016. México.: Retrieved May 23, 2017, from http://incan-mexico.org/incan/incan.jsp?iu_p=/incan/pub/estatico/direccion/incan-numeros.xml
- Jahn, J. L., Giovannucci, E. L., & Stampfer, M. J. (2015). The high prevalence of undiagnosed prostate cancer at autopsy: implications for epidemiology and treatment of prostate cancer in the Prostate-specific Antigen-era: High prostate cancer prevalence: Research implications in the PSA-ERA. *International Journal of Cancer*, 137(12), 2795–2802. <https://doi.org/10.1002/ijc.29408>
- Khanna, R., Jariwala, K., & Bentley, J. P. (2013). Psychometric properties of the EuroQol Five Dimensional Questionnaire (EQ-5D-3L) in caregivers of autistic children. *Quality of Life Research*, 22(10), 2909–2920. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0423-8>
- Kobayashi, K., Green, J., Shimonagayoshi, M., Kanemoto, N., Kasai, R., Itoh, Y., ... Kudoh, S. (2005). Validation of the care notebook for measuring physical, mental and life well-being of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 14(4), 1035–1043. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2958-1>

- Krahn, M., Bremner, K. E., Tomlinson, G., Ritvo, P., Irvine, J., & Naglie, G. (2007). Responsiveness of disease-specific and generic utility instruments in prostate cancer patients. *Quality of Life Research, 16*(3), 509. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9132-x>
- Labrador, F. J., de la Puente, M. L., & Crespo, M. (2006). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. In *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. España: Ediciones Pirámide.
- Landa, E., & Arredondo, A. de J. (2014). Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología, 11*(2-3). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Marcus, D. M., Goodman, M., Jani, A. B., Osunkoya, A. O., & Rossi, P. J. (2012). A comprehensive review of incidence and survival in patients with rare histological variants of prostate cancer in the United States from 1973 to 2008. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases, 15*(3), 283-288. Retrieved from <http://www.nature.com/pcan/journal/v15/n3/abs/pcan20124a.html>
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de la conducta qué es y cómo aplicarla* (Octava). España: Pearson Prentice Hall. Retrieved from <https://www.casadellibro.com/libro-modificacion-de-conducta-que-es-y-como-aplicarla/9788483223802/1166369>
- Monga, U., Kerrigan, A. J., Thornby, J., Monga, T. N., & Zimmermann, K. P. (2005). Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *The Journal of Rehabilitation Research and Development, 42*(3), 391. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2004.06.0071>
- Mora, J., Bautista, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental, 36*(1), 9-18. Retrieved

- from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000100002&script=sci_arttext
- Morris, C., Gibbons, E., & Fitzpatrick, R. (2009). A structured review of patient-reported outcome measures (PROMs) for prostate cancer. University of Oxford Web site. Retrieved from http://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/CancerReviews/PROMs_Oxford_Prostate%20Cancer_012011.pdf.
- Naccarato, A. M. E. P., Reis, L. O., Ferreira, U., & Denardi, F. (2016). Psychotherapy and phosphodiesterase-5 inhibitor in early rehabilitation after radical prostatectomy: a prospective randomised controlled trial. *Andrologia*, 48(10), 1183–1187. <https://doi.org/10.1111/and.12557>
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). NCCN Guidelines Version 2.2014 Prostate Cancer.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2007). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., & Nezu, C. M. (2015). Entrenamiento en solución de problemas. In *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527–553). Madrid: Siglo XXI.
- Nunally, J. (1991). *Teoría Psicométrica*. Ediciones Trillas.
- Oñate-Ocaña, L. F., Alcántara-Pilar, A., Vilar-Compte, D., García-Hubard, G., Rojas-Castillo, E., Alvarado-Aguilar, S., ... Aiello-Crocifoglio, V. (2009). Validation of the Mexican Spanish Version of the EORTC C30 and STO22 Questionnaires for the Evaluation of Health-Related Quality of Life in Patients with Gastric Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16(1), 88–95. <https://doi.org/10.1245/s10434-008-0175-9>
- Pallás, J. M. . A., & Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/11043274>
- Parahoo, K., McDonough, S., McCaughan, E., Noyes, J., Semple, C., Halstead, E. J., ... Dahm, P. (2015). Psychosocial interventions for

- men with prostate cancer: a Cochrane systematic review. *BJU International*, 116(2), 174–183. <https://doi.org/10.1111/bju.12989>
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B.-J., Kinsinger, D., Traeger, L., ... Antoni, M. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 261–270. Retrieved from http://link.springer.com/article/10.1207/s15324796abm3103_8
- Penedo, F. J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J. S., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 164–172. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03000188>
- Rey, E., Balboa, A., & Mearin, F. (2014). Chronic constipation, irritable bowel syndrome with constipation and constipation with pain/discomfort: similarities and differences. *The American Journal of Gastroenterology*, 109(6), 876. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/7d820ff1fe8b3dd852de09e240370ef0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2041977>
- Reyes, I., & García, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. In S. Rivera, R. Díaz, R. Sánchez, & I. Reyes (Eds.), *La psicología social en México* (Vol. XII, pp. 625–636). México: Asociación Mexicana de Psicología social.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1987). *Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Riveros, A., Castro, C., & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291–304.

- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J., & Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing clinical guidelines. *Western Journal of Medicine*, 170(6), 348–351.
Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305691/>
- Siddons, H. M., Wootten, A. C., & Costello, A. J. (2013). A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer: Psycho-sexual adjustment to localised prostate cancer. *Psycho-Oncology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pon.3273>
- Sierra, K. L., Viveros, C., Martínez, G., Hernández, O., & Caballero, G. (2014). Quality of life in prostate cancer patients that have undergone laparoscopic radical prostatectomy. *Volume 74, May-June 2014, Issue 3*, 74(3), 133–140. Retrieved from
<http://www.revistamexicanadeurologia.com/Revistas/2014/ingles/May-June/03%20AO%20CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>
- Skjong, R., & Wentworth, B. H. (2001). Expert Judgement and Risk Perception. In R. Skjong & B. H. Wentworth (Eds.) (pp. 537–544). Presented at the Offshore and Polar Engineering Conference, Stavanger: ISOPE.
- Smith, A. B., Wright, P., Selby, P. J., & Velikova, G. (2007). A Rasch and factor analysis of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-19>
- Soderdahl, D. W., Davis, J. W., Schellhammer, P. F., Given, R. W., Lynch, D. F., Shaves, M., ... Fabrizio, M. D. (2005, May 2). Prospective Longitudinal Comparative Study of Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Invasive Treatments for Localized Prostate Cancer [research-article]. Retrieved May 30, 2017, from
<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/end.2005.19.318>

- Stefanopoulou, E., Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN): Brief cognitive behavioural intervention for men with hot flushes. *Psycho-Oncology*, *24*(9), 1159–1166. <https://doi.org/10.1002/pon.3794>
- Stone, P., Murphy, R., Matar, H., & Almerie, M. (2008). Measuring the individual quality of life of patients with prostate cancer. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, *11*(4), 390–396. <https://doi.org/doi:10.1038/pcan.2008.16>
- Subak, L. L., Wing, R., West, D. S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J. M., ... Grady, D. (2009). Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *New England Journal of Medicine*, *360*(5), 481–490. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806375>
- Sullivan, P. W., Mulani, P. M., Fishman, M., & Sleep, D. (2007). Quality of life findings from a multicenter, multinational, observational study of patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *Quality of Life Research*, *16*(4), 571. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9156-2>
- Talcott, J. A., Manola, J., Clark, J. A., Kaplan, I., Beard, C. J., Mitchell, S. P., ... D'Amico, A. V. (2003). Time Course and Predictors of Symptoms After Primary Prostate Cancer Therapy. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(21), 3979–3986. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.01.199>
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, *46*(12), 1569–1585. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094>
- Thompson, A. L., & Young-Saleme, T. K. (2015). Anticipatory Guidance and Psychoeducation as a Standard of Care in Pediatric Oncology: Psychoeducation in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, *62*(S5), S684–S693. <https://doi.org/10.1002/pbc.25721>

- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012: Global Cancer Statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87–108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales, 138, 358–365.
- van Andel, G., Bottomley, A., Fosså, S. D., Efficace, F., Coens, C., Guerif, S., ... Aaronson, N. K. (2008). An international field study of the EORTC QLQ-PR25: A questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *European Journal of Cancer*, 44(16), 2418–2424. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.07.030>
- Vázquez, L., Camarena, H., Martínez, J. Á., & Hernández, V. (2009). Estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata con diferentes tratamientos iniciales. *Revista Mexicana de Urología*, 69(4), 143–146. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2009/ur094c.pdf>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473–483. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 4(3), e003901–e003901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003901>
- Webster, K., Odom, L., Peterman, A., Lent, L., & Cella, D. (1999). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: Validation of Version 4 of the Core Questionnaire. *Quality of Life Research*, 8(7), 604. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/4037210>
- Wenzel, L., & Cella, D. (2005). Quality of Life Issues in Gynecologic Cancer. In *Principles and Practice of Gynecologic Oncology* (Fourth, pp. 1333–1342). Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from

https://books.google.com.mx/books/about/Principles_and_Practice_of_Gynecologic_O.html?id=KW9esgo759EC

Wong, C. K. H., Choi, E. P. H., Tsu, J. H. L., Ho, B. S. H., Ng, A. T. L., Chin, W. Y., & Yiu, M. K. (2015). Psychometric properties of Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) in Chinese patients with prostate cancer. *Quality of Life Research*, 24(10), 2397–2402.
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-0993-8>

World Health Organization. (2012). Globocan. Retrieved March 26, 2016, from <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Yount, S., Cella, D., Banik, D., Ashraf, T., & Shevrin, D. (2003). Brief assessment of priority symptoms in hormone refractory prostate cancer: The FACT Advanced Prostate Symptom Index (FAPSI). *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 69.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-69>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

APÉNDICES



Apéndice 1

EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al sanitario?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Sintió que se le cortó la respiración?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades 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 náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente



Apéndice 2

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria – HADS – M –

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)</p> <p>3 Todos los días
2 Muchas veces
1 A veces
0 Nunca</p> | <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba</p> <p>0 Como siempre
1 No tanto como antes
2 Solo un poco
3 Nunca</p> |
| <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder</p> <p>3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones</p> | <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas</p> <p>0 Igual que siempre
1 A veces
2 Casi nunca
3 Nunca</p> |
| <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones</p> <p>3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones</p> | <p>6. Me siento alegre</p> <p>0 Casi siempre
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Nunca</p> |
| <p>7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago</p> <p>0 Nunca
1 En ciertas ocasiones
2 Con bastante frecuencia
3 Muy a menudo</p> | <p>8. He perdido el interés en mi aspecto personal</p> <p>3 Totalmente
2 No me preocupo tanto como debiera
1 Podría tener un poco más de cuidado
0 Me preocupa igual que siempre</p> |
| <p>9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme</p> <p>3 Mucho
2 Bastante
1 Poco
0 Nada</p> | <p>10. Me siento optimista respecto al futuro</p> <p>0 Igual que siempre
1 Menos de lo acostumbrado
2 Mucho menos de lo acostumbrado
3 Nada</p> |
| <p>11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico</p> <p>3 Siempre
2 Muy a menudo
1 No muy a menudo
0 Nunca</p> | <p>12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión</p> <p>0 A menudo
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Rara vez</p> |



Apéndice 3

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **MARCOS ESPINOZA (“Investigator”)** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **MARCOS ESPINOZA** is granted license to use the **Spanish** version of the **FACT-P** in **one not for profit study**:

This current license is only extended to MARCOS ESPINOZA’s research project subject to the following terms:

- 1) (MARCOS ESPINOZA) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, MARCOS ESPINOZA will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (MARCOS ESPINOZA) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if MARCOS ESPINOZA engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of MARCOS ESPINOZA's project.
- 10) MARCOS ESPINOZA agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: March 27, 2016

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

Apéndice 4

Fecha: ___/___/___

Folio: _____

Buenos días (tardes) el Departamento de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología le invita a contestar las siguientes preguntas sobre su calidad de vida.

DG1. Número de expediente: _____

DG2. Nombre: _____

DG3. Edad: ___ años DG4. Estado Civil: Soltero____ Casado____ Divorciado____ Separado____
Viudo____ Unión Libre_____

DG5. Nivel socioeconómico: _____

DG6. ¿Tiene hijos? Sí ___ No ___ DG7. Si contesto SI indique cuántos hijos tiene _____

DG8. ¿A qué se dedica actualmente?

Autoempleo _____ Empleado _____ Hogar _____

Desempleado _____ Estudiante _____ Otra indique cual: _____

DG9. ¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato _____ Licenciatura _____

Posgrado _____

DG10. ¿En qué periodo de tratamiento se encuentra actualmente?

Diagnóstico _____ Inicio de tratamiento _____ Fin de tratamiento _____ Periodo de seguimiento _____

DG11. Tratamiento:

Terapia hormonal____ Radioterapia____ Braquiterapia _____ Quimioterapia____ Prostatectomía radical_____

DG11. ¿Padece actualmente algunas de las siguientes enfermedades? (Puede marcar más de una):

Obesidad _____ Diabetes _____ Hipertensión Arterial _____ Otra _____

DG12. Si contesto OTRA indique cual _____

Apéndice 5

HOJA DE REGISTRO DE CASO PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

“Validación del instrumento FACT-P”

Instrucciones para el Aplicador

Instrucciones: Informar al participante lo siguiente:

Este es un cuestionario acerca de su calidad de vida.

Este cuestionario fue diseñado por profesionales para conocer su estado físico de salud, ambiente familiar, estado emocional y funcionamiento personal. Queremos estar seguros de que las preguntas son *adecuadas* y están escritas de la forma correcta, para este propósito, le pedimos su ayuda.

Es necesario que primero termine el cuestionario. Una vez finalizado, le haré una entrevista, para estar seguros de que cada pregunta se hace de la manera apropiada.

Estructura de la entrevista.

La entrevista debe ser directa, por cada reactivo se deben hacer las siguientes preguntas.

1. ¿Tuvo dificultad para responder esta pregunta?
2. ¿Encontró esta pregunta confusa?
3. ¿Considera que las palabras utilizadas son difíciles de entender?
4. ¿Sintió que la manera en que esta pregunta fue formulada es ofensiva?
5. ¿Cómo habría hecho la pregunta usted?

En el caso de que los participantes reporten alguna dificultad para responder, confusión, dificultad para entender, o donde ellos sugieran palabras alternativas, ese reactivo se registrará en la hoja de respuesta del participante, junto con sus comentarios y las razones por las que encontró dificultad con el reactivo. Para facilitar y agilizar la entrevista no es necesario llenar la hoja con los reactivos que los pacientes encontraron adecuados.

Hoja de Registro de caso por cada participante:**Instrucciones**

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Me falta energía**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Tengo náuseas**¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones**

Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?:

Apéndice 6

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Psicología
Facultad de Psicología
Residencia en Medicina Conductual

Validación del Inventario de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer para pacientes con
cáncer de próstata (FACT-P).

Estimado Juez:

Le pedimos de la manera más atenta nos apoye respondiendo una sencilla pregunta, para conocer su apreciación profesional respecto a la traducción de un reactivo que forma parte del Inventario de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer para pacientes con cáncer de próstata (FACT-P), dicho reactivo se extrajo producto de un piloteo en 30 pacientes.

A continuación se le presentará el reactivo en inglés con una traducción al español sugerida, para después conocer si usted la considera adecuada, de lo contrario hay un apartado para que usted escriba su sugerencia de traducción.

Gracias por su amable participación.

Reactivo en inglés	Sugerencia de reactivo en español
I am able to feel like a man	Soy capaz de sentir como un hombre

Le parece correcta la traducción Sí ____ No ____

De no parecerle correcta, en la línea de abajo escriba la traducción que usted propone:

Le agradecemos su apoyo.

Atte: Lic. Marcos Espinoza Bello
Investigador principal.
Instituto Nacional de Cancerología

Apéndice 7

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4
GP8	Me siento triste	0	1	2	3	4
GP9	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO EMOCIONAL

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GE1					
	0	1	2	3	4
GE2					
	0	1	2	3	4
GE3					
	0	1	2	3	4
GE4					
	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GF1					
	0	1	2	3	4
GF2					
	0	1	2	3	4
GF3					
	0	1	2	3	4
GF4					
	0	1	2	3	4
GF5					
	0	1	2	3	4
GF6					
	0	1	2	3	4
GF7					
	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>				
GF8					
	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

OTRAS PREOCUPACIONES

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
C2	Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
C6	Tengo buen apetito	0	1	2	3	4
P1	Tengo dolores que me molestan	0	1	2	3	4
P2	Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
P3	El dolor me impide hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
P4	Estoy satisfecho con el alivio que tengo por el momento.	0	1	2	3	4
P5	Soy capaz de sentir como hombre	0	1	2	3	4
P6	Tengo problemas con el estreñimiento	0	1	2	3	4
P7	Tengo dificultad al orinar	0	1	2	3	4
BL2	Orino más frecuentemente de lo usual	0	1	2	3	4
P8	Mis problemas con el orinar limitan mis actividades	0	1	2	3	4
BL5	Soy capaz de tener y mantener una erección	0	1	2	3	4

Apéndice 8

FACT-P Scoring Guidelines (Mexican version 4) – Page 1

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Perform reversals as indicated, and sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. Add subscale scores to derive total scores (TOI, FACT-G & FACT-P).
 5. **The higher the score, the better the QOL.**

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>	
PHYSICAL WELL-BEING (PWB)	GP1		4 -	_____	= _____
	GP2		4 -	_____	= _____
	GP3		4 -	_____	= _____
	GP4		4 -	_____	= _____
	GP5		4 -	_____	= _____
	GP6		4 -	_____	= _____
	GP7		4 -	_____	= _____
	GP8		4 -	_____	= _____
	GP9		4 -	_____	= _____
<i>Sum individual item scores:</i> _____ <i>Multiply by 9:</i> _____ <i>Divide by number of items answered:</i> _____ = <u>PWB subscale score</u>					
SOCIAL/FAMILY WELL-BEING (SWB)	GS1		0 +	_____	= _____
	GS2		0 +	_____	= _____
	GS3		0 +	_____	= _____
	GS4		0 +	_____	= _____
	GS5		0 +	_____	= _____
	GS6		0 +	_____	= _____
<i>Sum individual item scores:</i> _____ <i>Multiply by 6:</i> _____ <i>Divide by number of items answered:</i> _____ = <u>SWB subscale score</u>					
EMOTIONAL WELL-BEING (EWB)	GE1		0 +	_____	= _____
	GE2		4 -	_____	= _____
	GE3		4 -	_____	= _____
	GE4		4 -	_____	= _____
<i>Sum individual item scores:</i> _____ <i>Multiply by 4:</i> _____ <i>Divide by number of items answered:</i> _____ = <u>EWB subscale score</u>					
FUNCTIONAL WELL-BEING (FWB)	GF1		0 +	_____	= _____
	GF2		0 +	_____	= _____
	GF3		0 +	_____	= _____
	GF4		0 +	_____	= _____
	GF5		0 +	_____	= _____
	GF6		0 +	_____	= _____
	GF7		0 +	_____	= _____
	GF8		0 +	_____	= _____
<i>Sum individual item scores:</i> _____ <i>Multiply by 8:</i> _____ <i>Divide by number of items answered:</i> _____ = <u>FWB subscale score</u>					

FACT-P Scoring Guidelines (Mexican version 4) – Page 2

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
PROSTATE CANCER SUBSCALE (PCS) Score range: 0-48	C2	4	-	_____ = _____
	C6	0	+	_____ = _____
	P1	4	-	_____ = _____
	P2	4	-	_____ = _____
	P3	4	-	_____ = _____
	P4	0	+	_____ = _____
	P5	0	+	_____ = _____
	P6	4	-	_____ = _____
	P7	4	-	_____ = _____
	BL2	4	-	_____ = _____
	P8	4	-	_____ = _____
	BL5	0	+	_____ = _____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 12: _____

Divide by number of items answered: _____ = **PC Subscale score**

To derive a FACT-P Trial Outcome Index (TOI):

Score range: 0-116

$$\frac{\text{_____}}{\text{(PWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(FWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(PCS score)}} = \text{_____} = \text{FACT-P TOI}$$

To Derive a FACT-G total score:

Score range: 0-108

$$\frac{\text{_____}}{\text{(PWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(SWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(EWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(FWB score)}} = \text{_____} = \text{FACT-G Total score}$$

To Derive a FACT-P total score:

Score range: 0-156

$$\frac{\text{_____}}{\text{(PWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(SWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(EWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(FWB score)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(PCS score)}} = \text{_____} = \text{FACT-P Total score}$$

Apéndice 9

Propuesta de intervención psicológica en calidad de vida, ansiedad y depresión para pacientes con Cáncer de Próstata.

Planteamiento y justificación del problema

Los pacientes con CP presentan diversas alteraciones: físicas, psicológicas y sociales dependiendo de su estadio de enfermedad y los diversos tratamientos que les son aplicados, en revisiones sistemáticas se han identificado entre las alteraciones físicas: 25 % con fatiga (Monga et al., 2005); 10% a 15% presenta flujo de orina débil o flujo interrumpido (Chen et al., 2014). Los pacientes tienen sintomatología física, como son problemas urinarios entre 50% a 60%, disfunción eréctil 15% y 70% dolor debido a metástasis (American Cancer Society, 2016a; Chen et al., 2014).

De los pacientes, 17% presenta depresión en pre-tratamiento y 18% en el post-tratamiento, ansiedad en un 27% en el pre-tratamiento y 18% en post-tratamiento, en pacientes que están en supervivencia activa se han identificado sintomatología ansiosa y depresiva de entre un 23% y 12.5% (Watts et al., 2014). También se ha identificado que cuando progresa la enfermedad o el tratamiento ha sido la castración quirúrgica, la incidencia de enfermedad psiquiátrica es de 26%, entre dichos problemas psiquiátricos están la depresión, demencia, ansiedad, insomnio y/o psicosis (Bourke et al., 2015).

En el presente trabajo encontraron diferencias entre pacientes metastásicos y no metastásicos en calidad de vida, ansiedad y depresión, entre ellas en el EORTC Salud Global ($p = .003$), ansiedad ($p \leq .001$) y HADS puntuación total ($p = .041$). En cuanto a problemas emocionales esta muestra de pacientes presenta depresión 43 a 56%, ansiedad 43.6 a 48.5%, estado emocional bajo 54.9 a 57.4% y malestar emocional de 34 a 56%

(Tabla 21). En esta muestra de pacientes se diferencia entre metastásicos y no metastásicos, se tiene que entre 46 a 63% de los pacientes presentan baja calidad de vida, entre 37 a 53% presentan problemas urinarios, dolor, problemas alimenticios, baja salud global entre un 41.4 a 64.7%.

Tabla 21. *Diferencias entre pacientes metastásicos y no metastásicos en calidad de vida y variables psicológicas en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata. (N = 201).*

	No metastásico n=133	Metastásico n=68	Valor p
FACT-P	110.6 ± 19.0	99.9 ± 21.9	≤ .001
PCS	32.7± 6.4	29.0 ±8.4	≤ .001
HADS Total	4.9±4.5	6.4±5.5	.041
HADS Ansiedad	2.2±2.3	3.4±2.5	≤.001
HADS Depresión	3 (2-7)	6 (2-10)	.868
EORTC Salud Global	72.9±21.1	63.4±21.6	.003
EWB	11.8±2.8	11.4±3.5	.326

PCS (Sub escala de cáncer de próstata), EWB (Sub escala de estado emocional)

Las prevalencias que se obtuvieron en este estudio muestran las necesidades de tratamiento psicológico que tiene la población de pacientes con cáncer de próstata, y por ello el autor propone una intervención cognitivo conductual en las variables de calidad de vida, ansiedad y depresión con el objetivo de que los pacientes puedan adaptarse mejor a la enfermedad, desarrollar habilidades que ayuden a disminuir dolor, mejorar estado físico, mejorar la relación social-familiar y reforzar dichas habilidades y manejar circunstancias difíciles en el manejo de su enfermedad (figuras de la 2 a la 8).

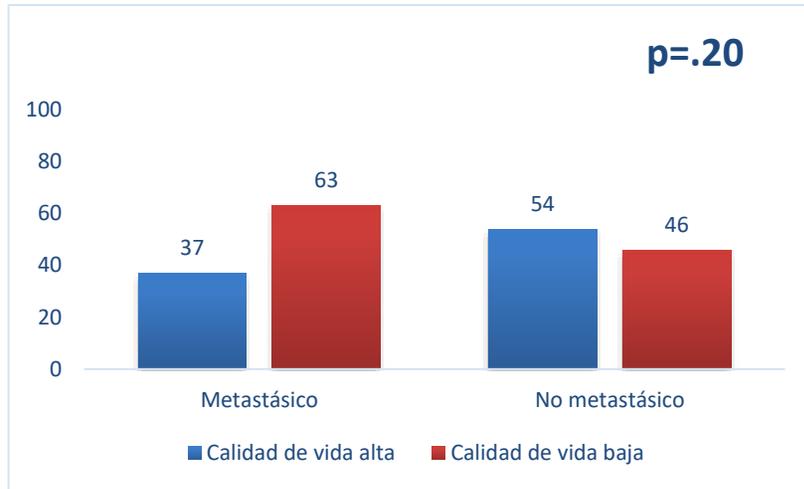


Figura 2. Prevalencias de calidad de vida

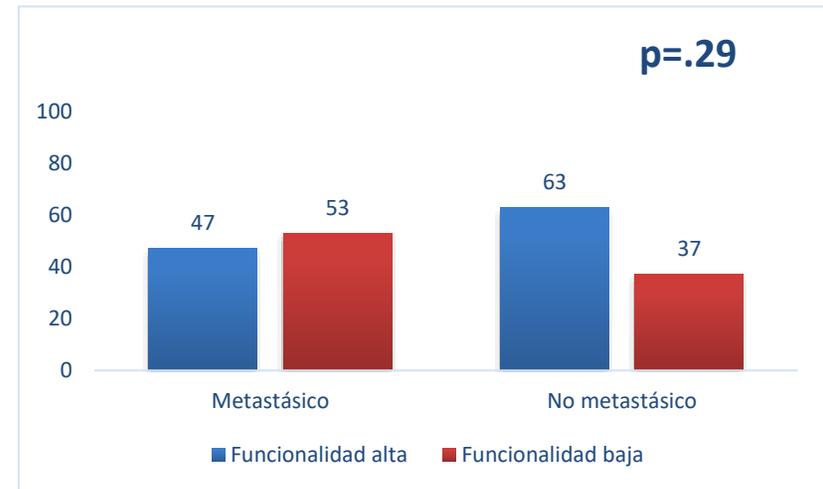


Figura 3. Prevalencias de funcionalidad

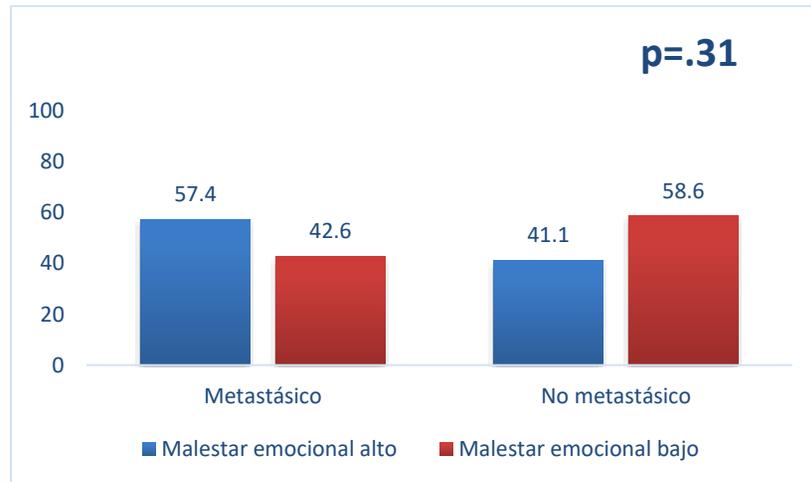


Figura 4. Prevalencias de malestar emocional

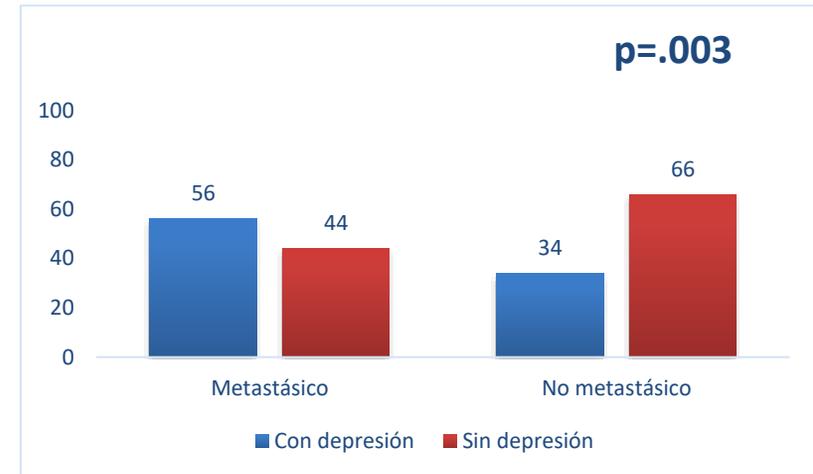


Figura 5. Prevalencias de depresión

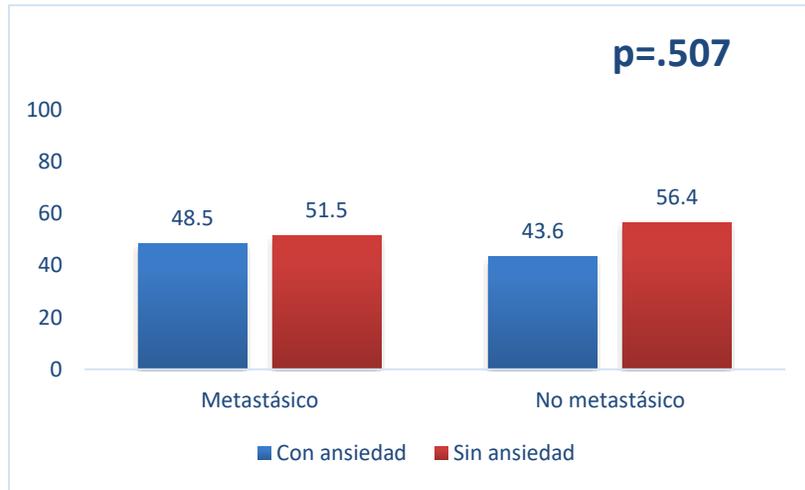


Figura 6. Prevalencias de ansiedad

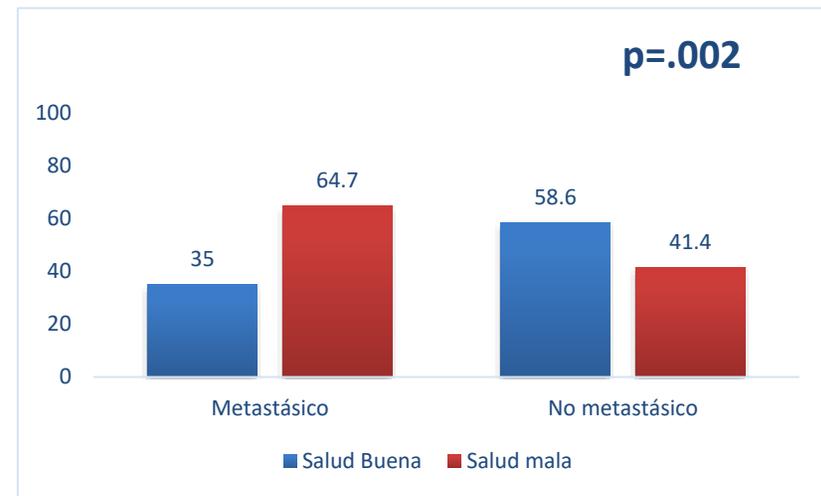


Figura 7. Prevalencias de estado de salud

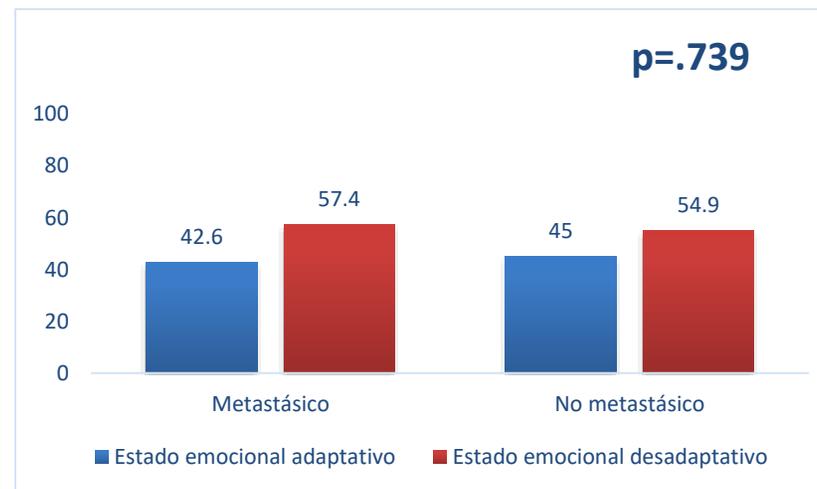


Figura 8. Prevalencias de estado emocional

Tratamiento Cognitivo Conductual para pacientes con cáncer de próstata

En el capítulo 2 de esta tesis se comentó el proceso de búsqueda de evidencia con base en el sistema PICO (Landa & Arredondo, 2014) y el proceso que se realizó para obtener dicha evidencia, con lo que justifica el tratamientos mediante Terapia Cognitivo Conductual la cual ha demostró tener efectos positivos y consistentes, como antecedentes se tienen los trabajos de (Penedo et al., 2006) que muestran la eficacia del tratamiento con TCC en pacientes con cáncer de próstata, realizaron una intervención con 191 pacientes con prostatectomía radical o radioterapia en estadios I y II los participantes fueron aleatorizados en dos grupos el primero en grupo experimental con TCC (relajación con respiración diafragmática, muscular, psicoeducación, manejo de distorsiones cognitivas, afrontamiento, desarrollo de habilidades sociales) una sesión semanal de dos horas por diez semanas o un grupo control que participó en un seminario de 5 semanas las diferencias pre y post son de $p < .01$ y diferencia entre grupos del $p < .001$. En un ensayo controlado aleatorizado (Stefanopoulou et al., 2015) condujeron una intervención cognitivo conductual en calidad de vida y problemas urinarios comparada con el cuidado usual, la Terapia Cognitivo Conductual resultó ser efectiva para mejorar la calidad de vida y a controlar el flujo urinario ($p = .001$). Por los datos anteriormente mencionados, se propone una intervención cognitivo conductual dirigida a los indicadores de calidad de vida, como son, problemas urinarios, problemas de alimentación, dolor y a disminuir niveles de ansiedad y depresión.

Método

Pregunta de investigación:

¿Cuáles serán los efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en calidad de vida, ansiedad, depresión en un grupo de pacientes con cáncer de próstata ambulatorios?

Objetivo General

Evaluar los efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes con cáncer ambulatorios.

Objetivos Específicos

Evaluar el efecto en calidad de vida pre test y post test

Evaluar el efecto en sintomatología ansiosa pre test y post test

Evaluar el efecto en sintomatología depresiva pre test y post test

Evaluar la magnitud del cambio clínico a nivel individual en calidad de vida, ansiedad y depresión.

Hipótesis

Los pacientes tendrán una mejor calidad de vida de vida después de la Intervención Cognitivo Conductual en comparación con su medición previa al tratamiento.

Los pacientes mostrarán una reducción en sintomatología ansiosa y depresiva después de la Intervención Cognitivo Conductual en comparación con su medición previa al tratamiento.

Variables

Variable Independiente.

Terapia Cognitivo Conductual: Se centra en la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos; ataca los problemas y síntomas actuales; y se centra en el cambio de patrones de conductas, pensamientos y sentimientos que conducen a dificultades en el funcionamiento de la persona (American Psychological Association, 2017b).

Variables dependientes.

Calidad de vida: reside en capturar (o evaluar) el grado en que se ven afectados el bienestar habitual físico, emocional y social debido a una condición médica o su tratamiento, la perspectiva del paciente se obtiene en áreas física, mental y bienestar social tomando en cuenta la multidimensionalidad del constructo (Cella, 1995).

Sintomatología ansiosa: La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el aumento de la presión arterial (American Psychological Association, 2017a).

Sintomatología depresiva: Experiencia de falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida significativa de peso o ganancia, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (American Psychological Association, 2017c).

Participantes y cálculo de muestra: el cálculo se efectuó con la fórmula para una media, con base en la recomendación de (Pallás & Jiménez Villa, 2013)

$$N = \frac{Z \alpha^2 s^2}{i^2}$$

$Z\alpha$: valor de Z correspondiente al riesgo alfa (.05) =1.96

P: valor de la proporción de calidad de vida en pacientes con CP

S^2 : varianza de la distribución de la calidad de vida en pacientes con CP

i: precisión estimada (5 puntos de calidad de vida) (Penedo et al., 2006)

Despeje:

$$N = \frac{1.96^2 * 14.3^2}{5^2}$$

N=31 pacientes

Ajuste para población finita: $n/[1+(n/N)]$

Despeje: $31/[1+(31 /200)]=20 + 20\%$ (perdidas)= 24 **pacientes con CP**

Criterios de inclusión

Pacientes que se encuentren en cualquier estadio oncológico y tratamiento o combinación de tratamientos médicos.

Saber leer y escribir.

ECOG de 0 a 3 puntos e índice Karnofsky igual o mayor a 60 puntos

Participación voluntaria mediante la comprensión y aceptación de carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a sustancias psicoactivas.

Pacientes con problemas auditivos, visuales o cognitivos que impidan iniciar el proceso terapéutico.

Criterios de eliminación

Si durante el proceso terapéutico presente alteraciones físicas como disnea y deficiencia cognitiva, problemas auditivos y visuales severos.

Fallecimiento del paciente.

Que el paciente decida no seguir participando.

Tipo de estudio

Estudio pre experimental con pretest y posttest, se hará un procedimiento como el que muestra la figura 9.

Intervención para pacientes con cáncer de próstata

Descripción de la intervención psicológica: La estructura de la sesiones es una versión adaptada de Beck, (2000) , la intervención será individual y consistirá en seis sesiones semanales de 1 hora (Tabla 22).

Integridad del tratamiento

Se empleará en cada sesión la integridad del tratamiento, la cual se define como el grado en el terapeuta se adhiere a la aplicación de un protocolo, dicho de otra forma, implementar un programa tal y como fue planteado (Gresham, Gansle, & Noell, 1993; Hagermoser & Kratochwill, 2008) además de ello, se toman en cuenta las habilidades del terapeuta, es decir, como el terapeuta implementa el programa, que le dice al paciente y como sigue las instrucciones que previamente ha descrito para desarrollar el proceso terapéutico. Otro elemento importante es la capacidad de que el protocolo sea operacionalizado en sus unidades o módulos además de las estrategias que lo conforman (Hagermoser & Kratochwill, 2008).

Para desarrollar dicha integridad del tratamiento, el investigador sugiere que se grabe en audio las sesiones de cada paciente, en este caso, se procurará que se grabe solo la voz del terapeuta y no lo que comenta el paciente, una vez realizado, se transcribirá en texto cada sesión y se les brindará una copia a dos jueces junto con el plan de cada sesión y el desarrollo de las técnicas que se aplicaron, dichos jueces compararán lo explicado por el terapeuta y el plan de cada sesión observando si el terapeuta implementó el programa de manera fiel.

Descripción de las técnicas terapéuticas propuestas

Bitácora clínica

Es el registro de situaciones, creencias, emociones y conductas asociadas al tratamiento médico, y cuestiones de la vida diaria, estos eventos pueden ser objeto de intervención, favorece la claridad y orden de la información, como la médica, en la cual los pacientes hablan con todos aquellos involucrados como el equipo de salud para aclarar dudas y con

ello se disminuye la ansiedad y potencialmente se incrementa la seguridad y la adherencia al tratamiento (Aibar & Aranaz, 2007), se ha empleado en pacientes oncológicos con buenos resultados en la investigación de Kobayashi et al., (2005) dónde ayudó a los médicos oncólogos a recolectar fácilmente información compatible con los dominios del EORTC QLQ-30 en función física, mental y bienestar percibido y se relacionó con mínima sobrecarga en los pacientes que la utilizaron.

Registro de pensamientos

El registro de pensamientos disfuncionales es un formulario que ayuda al paciente a combatir más eficazmente sus pensamientos disfuncionales, por lo tanto lo ayuda a disminuir su disforia (Beck, 2000). Se emplea el modelo de (Greenberger & Padesky, 2001) para llevar a cabo el registro de pensamientos. Se ha empleado con éxito en diversos estudios como (Huri et al., 2015; Siddons et al., 2013; Stefanopoulou et al., 2015) en pacientes con cáncer de próstata.

Psicoeducación

Psicoeducación (información sobre su padecimiento, comunicación médico-paciente, comunicación con la familia), la psicoeducación se refiere al proceso de proveer información al paciente o familia para el manejo de la enfermedad, la toma de decisiones, aliviar la incertidumbre y mejorar la adaptación a la enfermedad (Thompson & Young-Saleme, 2015), la psicoeducación como técnica puede incluir validación emocional, la cual consiste en comunicar a la persona que sus respuestas emocionales tienen sentido y son comprensibles debido a sus circunstancias, contexto social e historia (Linehan, 1993), se ha empleado en pacientes con cáncer de próstata (Huri et al., 2015; Siddons et al., 2013; Stefanopoulou et al., 2015).

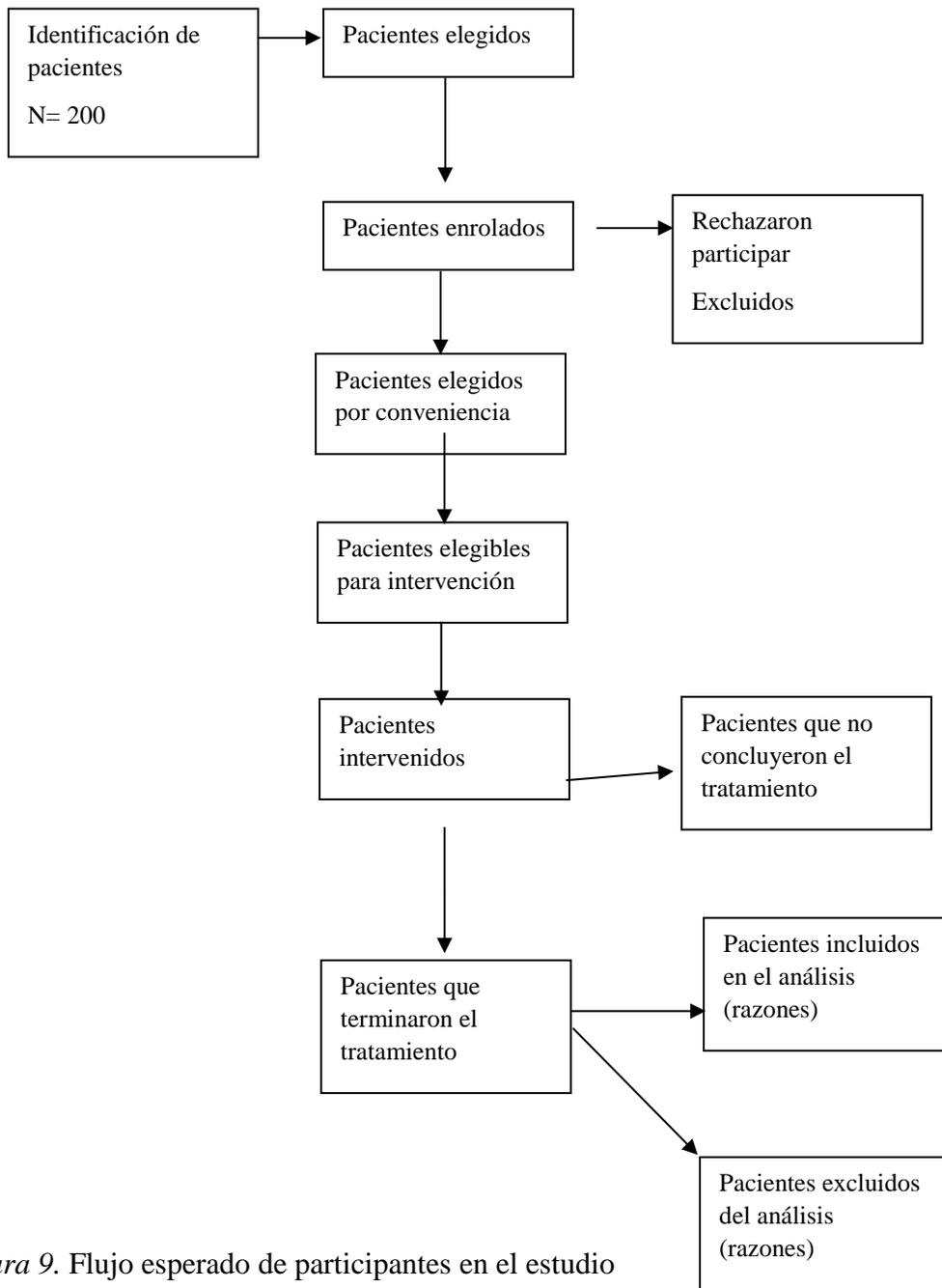


Figura 9. Flujo esperado de participantes en el estudio

Tabla 22. Desarrollo de la Intervención Cognitivo Conductual.

Sesión 1				
Fase conceptualización				
Objetivo general: Introducir al paciente en el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual				
Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar una pre evaluación del paciente en calidad de vida, ansiedad y depresión. •Psicoeducación •Objetivos terapéuticos junto con el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Contestar las preguntas del terapeuta. Contestar los cuestionarios. 	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación basal de la calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva •Que es el cáncer de próstata •Tratamiento médico •Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual •Tarea en casa para el paciente (bitácora clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente muestre comprensión de los contenidos El paciente responda los cuestionarios
Sesión 2				
Fase desarrollo de habilidades				
Objetivo general: Entrenar al paciente en la Terapia cognitivo conductual y desarrollo de habilidades para mejorar calidad de vida y reducción de sintomatología ansiosa y depresiva.				
Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar estado físico •Disminuir Dolor •Mejorar el estado emocional •Mejorar la relación social-familiar •Instrucción de técnicas psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> Manifiestar su estado de ánimo. Mostrar sus tareas en casa. Exponer dudas Aprender la relación de pensamiento, emoción y conducta Aprender cómo comportarse con el equipo de salud, familia y amigos. Conocer más afondo su o sus trastornos psicológicos y médicos 	<ul style="list-style-type: none"> •Supervisión de la tarea en casa. •Realizar actualización del estado de ánimo del paciente. •Establecer el plan de la sesión. •Mostrar la relación entre cognición, emoción y conducta. •Desarrollo de habilidades de comunicación con el equipo de salud, familiares y amigos. •Instruir al paciente en sus trastorno o problemas médicos. •Dejar tareas para el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente responde preguntas sobre los contenidos de la sesión y muestra comprensión de todos ellos.

Sesión 3

Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Entrenar al paciente en la Terapia cognitivo conductual y desarrollo de habilidades para mejorar calidad de vida y reducción de sintomatología ansiosa y depresiva.

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar estado físico •Disminuir Dolor •Mejorar el estado emocional •Mejorar la relación social-familiar •Instrucción de técnicas de reestructuración cognitiva, relajación diafragmática o muscular progresiva dependiendo de la etapa clínica, Karnofsky, ECOG y tratamiento médico. 	<p>Manifiestar su estado de ánimo</p> <p>Aprender cómo usar el registro de pensamientos</p> <p>Realizará relajación (diafragmática o muscular)</p> <p>Resumir lo entendido de la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Supervisión de la tarea en casa. •Actualización del estado de ánimo. •Establecer el plan de la sesión. •Implementación de las técnicas de registro de pensamientos. •Implementación de la relajación diafragmática o muscular progresiva. •Realizar una síntesis de la sesión. •Obtener una retroalimentación del paciente. •Dejar tareas para el hogar. 	<p>Evaluación de la actividad</p> <p>El paciente comprende cómo hacer el registro de pensamientos, además reconoce los objetivos de la relajación, como realizarla y en qué momentos del día emplearla</p>

Sesión 4

Tema: Fase desarrollo de habilidades

Objetivo general: Entrenar al paciente en la Terapia cognitivo conductual y desarrollo de habilidades para mejorar calidad de vida y reducción de sintomatología ansiosa y depresiva.

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min	<ul style="list-style-type: none"> •Mejorar estado físico •Disminuir Dolor •Mejorar el estado emocional •Mejorar la relación social-familiar •Instrucción de técnicas de reestructuración cognitiva. resolución de problemas 	<p>Manifiestar estado de ánimo</p> <p>Preguntar dudas</p> <p>Realizar técnica de resolución de problemas</p> <p>Resumir lo entendido de la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Supervisión de la tarea en casa. •Actualización del estado de ánimo. •Establecer el plan de la sesión. •Implementación de la técnica de resolución de problemas. •Realizar una síntesis de la sesión. •Obtener una retroalimentación del paciente. •Dejar tareas para el hogar. 	<p>Evaluación de la actividad</p> <p>El paciente comprende cómo realizar la técnica de resolución de problemas y muestra adecuado manejo de los temas anteriores</p>

Sesión 5

Tema: Fase de consolidación

Objetivo general: Reforzar las estrategias aprendidas y las técnicas para prevenir recaídas o estados emocionales desadaptativos y abordaje de circunstancias difíciles como el manejo de su enfermedad.

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min	<ul style="list-style-type: none"> •Repaso de las herramientas adquiridas. •Evaluación del paciente. •Entrega de material escrito 	Manifiestar estado de ánimo Preguntar dudas Observar sus cogniciones distorsionadas, evaluarlas y modificarlas Realizar adecuadamente técnica de relajación Realizar técnica de resolución de problemas Resumir lo entendido de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> •Supervisión de la tarea en casa. •Actualización del estado de ánimo. •Establecer el plan de la sesión. •Repaso de la relación entre cognición emoción y conducta • Repaso de registro de pensamientos •Repaso de relajación diafragmática o muscular progresiva. •Repaso de la técnica de resolución de problemas. •Obtener una retroalimentación del paciente. 	Demostrar dominio de los temas abordados anteriormente además de mostrar manejo de las herramientas aprendidas en la terapia

Sesión 6

Tema: Fase de prevención de recaídas

Objetivo general: Reforzamiento de lo aprendido en las sesiones anteriores y evaluar al paciente.

Duración	Objetivos específicos	Actividades del paciente	Actividades del terapeuta	Evaluación de la actividad
60 min	<ul style="list-style-type: none"> •Comentar dudas o preguntas al respecto de alguna herramienta o tema que no haya quedado claro. •Evaluación final de las variables de calidad de vida, ansiedad y depresión. 	Realizar preguntas Contestar cuestionarios Retroalimentar al terapeuta.	Aclarar dudas o preguntas del paciente sobre las técnicas u otro tema abordado en terapia. Evaluar calidad de vida, ansiedad y depresión. Cierre del programa.	Contestar cuestionarios y mostrar conocimiento de cómo usar las herramientas enseñadas

Relajación Muscular

Es la tensión y relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen, además se debe prestar atención a las distintas sensaciones que produce la maniobra en el cuerpo (Martin & Pear, 2008; Rimm & Masters, 1987), los estudios que apuntan a su utilidad en los pacientes con cáncer de próstata (Huri et al., 2015; Siddons et al., 2013; Stefanopoulou et al., 2015).

Respiración diafragmática

Para los casos en que no es posible emplear la relajación muscular, se emplea la respiración diafragmática que es un adecuado control voluntario de respiración que después se automatiza de forma que se regule incluso en situaciones problemáticas, se dirige principalmente a conseguir un empleo más completo de los pulmones facilitando una respuesta diafragmática completa acompañada de un ritmo respiratorio lento (Labrador, de la Puente, & Crespo, 2006), en estos estudios se ha empleado y tenido efecto en pacientes con cáncer de próstata (Huri et al., 2015; Siddons et al., 2013; Stefanopoulou et al., 2015)

Resolución de problemas

Además de estos ejercicios de relajación, los pacientes necesitan un modelo para resolver problemas ya sea que no puedan llegar al hospital por problemas económicos, conseguir un medicamento, apoyo para realizar sus tareas, es aquí donde se da la técnica de resolución de problemas (Nezu & Nezu, 2015). Se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes, una parte del enfoque consiste en modificar las cogniciones que afectan de forma negativa la orientación del problema o la visión del problema (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2007), dicha modelo se ha aplicado en diferentes estudio realizados en pacientes con cáncer de mama de diversos países como por ejemplo (Hopko et al., 2013; Hirai et al., 2012).

Instrumentos

Inventario de Evaluación de la Funcionalidad en el Tratamiento del Cáncer Versión Próstata (Functional Assessment Cancer Therapy Prostate, FACT-P) para medir funcionalidad y calidad de vida, desarrollado por Esper et al. (1997) es una escala multidimensional auto-aplicada conformada por 39 reactivos en total, de los cuales 12 son parte de una escala específica del CP que contiene aspectos adicionales como son dolor, función urinaria, función sexual y aspectos sociales y emocionales relacionados con el CP (Chu et al., 2014) se aplica de forma conjunta con 27 reactivos que conforman el FACT-G que permite evaluar bienestar físico, emocional, social/familiar, funcionalidad (Cella et al., 1993), (presenta una consistencia interna entre .87 a 0.89 y para la sub-escala de CP un alfa .65 a .69), es una escala que se puede contestar en 15 minutos, se empleará la validación mexicana de Espinoza et. al (en proceso de publicación).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), desarrollado por Zigmond & Snaith (1983) y validado en México por Galindo et al. (2015) es un instrumento que mide sintomatología ansiosa y depresiva, con 12 reactivos en su versión mexicana, consistencia interna global (alfa=.86) alfas para cada sub escala con un valor de 0.79 a .80 que explicaron el 48.04% de la varianza.

Análisis estadísticos propuestos

Prueba Kolmogorov-Smirnov para identificar la distribución de la muestra.

Medias de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar y varianza) para observar la ubicación y variabilidad de los datos, dependiendo de la distribución de la muestra.

Prueba t de student o U de Mann-Whitney, para muestras relacionadas para comparar las diferencias en la calidad de vida, ansiedad y depresión, dependiendo de la distribución muestral.

Para evaluar los efectos de esta intervención se aplicará la fórmula de Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994) donde la magnitud del cambio se puede estimar en función de la condición inicial de cada sujeto, el resultado se multiplica por 100 para obtener el porcentaje del resultado, un cambio superior a .20 o 20% puede considerarse clínicamente significativo. La fórmula se calcula de la siguiente manera:

$$CCO = \frac{Postest - Pretest}{Pretest} * 100$$

Figura 10. Formula del Cambio Clínico Objetivo (CCO)

Discusión

Se espera que la Intervención Cognitiva Conductual empleada sea eficaz para mantener o mejorar las variables de calidad de vida, ansiedad y depresión. Se piensa que seis sesiones son suficientes para que los componentes terapéuticos produzcan con cambio y que tengan un efecto ya sea estadístico o clínico, además de que se satisfagan las necesidades de cada paciente, se espera que a partir de esta información se pueda desarrollar un manual para los pacientes y para los terapeutas de tal manera que pueda replicarse en los pacientes del instituto o en pacientes de otras poblaciones, finalmente que los cambios producidos sean eficaces para mejorar indicadores de calidad de vida, y disminuir ansiedad y depresión.

Posibles Limitaciones

No contar con un grupo control.

No aleatorizar los pacientes puede producir un sesgo de selección que puede alterar los resultados.

No se está considerando un proceso de validación social de la intervención la cual es una evaluación de los efectos terapéuticos por parte de un familiar del paciente.

Podrían considerarse las necesidades de los cuidadores primarios para el paciente con cáncer de próstata.