



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA

Asociación entre calidad de vida, síntomas de ansiedad y
depresión en una muestra mexicana de pacientes con
cáncer de cabeza y cuello

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JOEL FLORES JUÁREZ

DIRECTOR: DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

Ciudad de México, noviembre de 2019



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:

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Gracias a mi madre, María Juárez Marino, eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, no hay manera de devolverte tanto que me has ofrecido, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado un hombre de bien y por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla, estuviste ahí éste largo trayecto de mi carrera, nunca dejaste de creer en mí, siempre estuviste hasta el final, te amo mamá. Gracias a mi padre, Joel Flores Flores, por el valor y el coraje que has tenido para levantarte ante cualquier adversidad, por todas las enseñanzas que me has dado, por cada una de tus palabras que me guiaron durante mi vida, por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida y por darme ánimos siempre diciéndome lo orgulloso que te sientes de tus hijos, gracias papá.

A mi hermana Tania, eres el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, fuiste quien sentó en mí la base de responsabilidades y deseos de superación, en ti tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues tus virtudes infinitas y tu gran corazón me llevan a admirarte día con día. Gracias por tu apoyo incondicional, por tu empeño, tu constancia, tu entusiasmo, tus ganas de ser mejor, pero, sobre todo, gracias por todo tu cariño.

A mi hermano José Alberto, gracias por estar presente en este largo trayecto de mi vida, por tus consejos, sé que a veces tenemos nuestras eventuales discusiones y malos encuentros, sin embargo, agradezco todo tu apoyo. Sé que quizás y no puedo prometerte resolver todos tus problemas, pero puedo prometerte que nunca tendrás que enfrentarte a ellos solo porque no solo tengo un hermano, siempre tendré un amigo.

A mi hermana Kenia, agradezco todo tu apoyo, por estar presente durante estos 4 años de la carrera, siempre estuviste ahí, dando lo que más podías, por seguir apoyándome hasta la fecha, gracias por tus consejos, tu cariño incondicional.

Agradecimientos:

A mis amigos, siempre me dieron ánimos para seguir esforzándome día con día, me motivaron para concluir este trabajo.

A uno de mis mejores amigos y que siempre estuvo ahí, crecimos juntos en el Servicio de Psicooncología, Luis, agradezco todos tus consejos, todo tu apoyo, es un gran orgullo trabajar a tu lado, que esto sea el inicio de nuestras próximas metas que hemos planeado.

Gracias Ingrid Roque Mendoza, siempre me apoyaste durante el tiempo que estuvimos en la licenciatura, eres una de mis grandes y mejores amigas, gracias por todo tu apoyo.

Al Servicio de Psicooncología, gracias por haberme brindado su confianza, gracias por todos los buenos y malos momentos que pasamos juntos, gracias por ser el mejor equipo.

A mi asesor de tesis, el Dr. Óscar Galindo Vázquez, gracias por confiar en mí, por enseñarme el camino del bien, el camino del investigador, gracias por integrarme a éste maravilloso equipo de trabajo, por todos sus consejos, todas sus enseñanzas, por ser una gran persona, por su sencillez y humildad, éste trabajo representa uno de los tantos trabajos que quiero realizar a su lado y junto con el Servicio de Psicooncología.

Al Dr. Marcos Espinoza, gracias por enseñarme tantas cosas dentro del Servicio, sin su apoyo, este trabajo no se hubiera concluido.

Al Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia, agradezco la confianza que tuvo en mí y apoyar este proyecto, sin su ayuda, no hubiera sido posible.

A la Dra. Nora Sobrevilla Moreno, gracias por todo su apoyo que me brindó durante mi estancia en Oncología Médica.

Al Dr. Abelardo Meneses García, por ser un gran director del Instituto Nacional de Cancerología y apoyar siempre la investigación que se realiza en el Servicio de Psicooncología, gracias por creer en nosotros.

Gracias a la Maestra Amalia Alejo Martínez, por ser una excelente maestra, gracias por enseñarme una diversidad de cosas, por todos los consejos que me brindó durante todo este trayecto y sobre todo por creer en mí.

Gracias a la Maestra Liliana Chimal, por ser una gran directora de la carrera en Psicología y apoyarme en todo.

Gracias a la Universidad Latina, campus sur, por enseñarme a crecer con profesional y persona.

Gracias al Instituto Nacional de Cancerología, por ser una institución de calidad y creer en mí, por enseñarme el camino de la investigación.

“Algún día encontraremos lo que estamos buscando. O quizás no. Quizás encontraremos algo mucho mejor”

-Julio Cortázar-

Índice

| | |
|--|-----------|
| Índice | I |
| ÍNDICE DE TABLAS | IV |
| ÍNDICE DE FIGURAS | V |
| Resumen | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO | 5 |
| Cáncer | 5 |
| Cáncer de cabeza y cuello | 5 |
| Epidemiología..... | 7 |
| Factores de riesgo | 9 |
| Estadios | 13 |
| Tratamiento..... | 16 |
| CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO | 18 |
| Definición de calidad de vida | 18 |
| Síntomas físicos | 21 |
| Medición de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello..... | 24 |
| SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO | 38 |
| Ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello..... | 39 |
| Depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello | 41 |
| Otras afectaciones psicosociales en pacientes con cáncer de cabeza y cuello..... | 44 |
| CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO | 48 |
| Medición..... | 48 |
| Confiabilidad | 50 |
| Validez | 52 |
| Factores que pueden afectar la confiabilidad y validez de un instrumento | 57 |
| METODOLOGÍA | 60 |

Estudio I. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON VERSIÓN 4 (UW-QOLV4) EN UNA MUESTRA MEXICANA DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO..... 60

| | |
|--|----|
| Planteamiento del problema y justificación | 60 |
| Pregunta de investigación..... | 62 |
| Objetivos | 62 |
| General | 62 |
| Específicos..... | 62 |
| Hipótesis..... | 63 |
| Variables..... | 64 |
| Muestreo..... | 65 |
| <i>Criterios de inclusión</i> | 65 |
| <i>Criterios de exclusión</i> | 65 |
| <i>Criterios de eliminación</i> | 66 |
| Tipo de estudio | 66 |
| Procedimiento y proceso de obtención de consentimiento informado | 66 |
| Instrumentos | 70 |
| Análisis estadísticos | 71 |
| RESULTADOS | 74 |
| DISCUSIÓN..... | 77 |
| CONCLUSIÓN..... | 79 |

Estudio II: ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA MEXICANA DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO 80

| | |
|---|----|
| Planteamiento del problema y justificación..... | 80 |
| Pregunta de investigación..... | 81 |
| Objetivos | 81 |
| General | 82 |
| Específicos..... | 82 |
| Hipótesis..... | 82 |
| Variables..... | 83 |
| Muestreo..... | 84 |
| <i>Criterios de inclusión</i> | 84 |

| | |
|---------------------------------------|------------|
| <i>Criterios de exclusión</i> | 85 |
| <i>Criterios de eliminación</i> | 85 |
| Tipo de estudio. | 85 |
| Instrumentos | 85 |
| Análisis estadísticos | 86 |
| Resultados | 87 |
| Discusión | 94 |
| Conclusión..... | 97 |
| Limitaciones | 98 |
| Perspectiva futura..... | 99 |
| REFERENCIAS..... | 100 |
| Apéndices | 123 |
| Apéndice 1..... | 124 |
| Apéndice 2..... | 125 |
| Apéndice 3..... | 127 |
| Apéndice 4..... | 128 |
| Apéndice 5..... | 130 |
| Apéndice 6..... | 134 |
| Apéndice 7..... | 139 |
| Apéndice 8..... | 140 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. <i>Estadificación del cáncer de cabeza y cuello (American Cancer Society, 2018a)</i> | 14 |
| Tabla 2. <i>Cuestionarios genéricos que miden calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello</i> | 27 |
| Tabla 3. <i>Cuestionarios específicos del sitio en pacientes con cáncer de cabeza y cuello</i> | 29 |
| Tabla 4. <i>Resumen del desarrollo de la UW-QOL (citada en Lowe & Rogers, 2018)</i> | 35 |
| Tabla 5. <i>Validación de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en otros países</i> | 36 |
| Tabla 6. <i>Descripción de las variables para el estudio I</i> | 64 |
| Tabla 7. <i>Pasos para el análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial</i> | 72 |
| Tabla 8. <i>Análisis factorial exploratorio de la escala UW-QOLv4 en un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (n=202)</i> | 75 |
| Tabla 9. <i>Fiabilidad test retest (n=30)</i> | 76 |
| Tabla 10. <i>Descripción de las variables para la fase II</i> | 83 |
| Tabla 11. <i>Características sociodemográficas y clínicas de una muestra de 202 pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello</i> | 87 |
| Tabla 12. <i>Correlaciones entre la UW-QOLv4 global, por factores y la HADS</i> | 94 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Regiones donde se produce el cáncer de cabeza y cuello..... | 7 |
| Figura 2. Niveles de calidad de vida global..... | 90 |
| Figura 3. Niveles de calidad de vida de acuerdo con el factor I. Función socioemocional..... | 91 |
| Figura 4. Niveles de calidad de vida de acuerdo con el factor II. Función física..... | 91 |
| Figura 5. Prevalencia de síntomas de ansiedad..... | 92 |
| Figura 6. Prevalencia de síntomas de depresión..... | 93 |

Resumen

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello es una de las patologías más perjudiciales que afectan la calidad de vida del paciente durante y posterior al tratamiento. Dentro de los síntomas psicológicos, los más prevalentes en este grupo de pacientes son la ansiedad y depresión. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los niveles de calidad de vida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. **Método:** Para la realización de esta investigación, se llevaron a cabo 2 estudios: Estudio I, validación de la Escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4). Estudio II, se determinó la asociación entre los niveles de calidad de vida y variables psicológicas en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, mediante un diseño, no experimental, transversal, correlacional con un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Participaron 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello. **Resultados:** El 26% de la muestra reportó tener alta calidad de vida y el 23% muy alta, de igual manera, el 30% reportó tener sintomatología ansiosa moderada y 21% grave, asimismo, el 28% reportó sintomatología depresiva moderada y 13% grave. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas (-.244 a .873; $p=0.01$) entre la HADS y la UW-QOLv4. **Conclusión:** Se encontraron niveles elevados de calidad de vida, también existe alta prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre la HADS y la UW-QOLv4, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura internacional. Se requieren intervenciones psicológicas basadas en evidencia dirigidas a mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en esta población. Finalmente, la versión mexicana de la UW-QOLv4 presentó propiedades psicométricas adecuadas, con una estructura factorial similar a la versión original. Por lo que se recomienda para su uso en la práctica clínica e investigación.

Palabras clave: cáncer de cabeza y cuello, calidad de vida, propiedades psicométricas, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva.

ABSTRACT

Introduction: Head and neck cancer is one of the most harmful pathologies that affect the patient's quality of life during and after treatment. Among the psychological symptoms, the most prevalent in this group of patients are anxiety and depression. **Objective:** To determine the association between the levels of quality of life, anxious symptomatology and depressive symptomatology in a sample of Mexican patients with head and neck cancer. **Method:** To carry out this research, 2 studies were carried out: Study I, validation of the Quality of Life Scale of the University of Washington version 4 (UW-QOLv4). Study II, the association between the levels of quality of life and psychological variables in a Mexican sample of patients with head and neck cancer was determined, using a non-experimental, cross-sectional, correlational design with a non-probabilistic availability sample. 202 patients with head and neck cancer participated. **Results:** 26% of the sample reported having high quality of life and 23% very high, likewise, 30% reported having moderate anxious symptoms and 21% serious, also, 28% reported moderate depressive symptoms and 13% serious. Statistically significant correlations (-.244 to .873; $p=0.01$) were found between HADS and UW-QOLv4. **Conclusion:** High levels of quality of life were found, there is also a high prevalence of depressive and anxious symptoms in patients with head and neck cancer, statistically significant correlations were identified between HADS and UW-QOLv4, which is consistent with what was reported. in international literature. Evidence-based psychological interventions are required to improve the quality of life and reduce symptoms of anxiety and depression in this population. Finally, the Mexican version of the UW-QOLv4 presented adequate psychometric properties, with a factorial structure similar to the original version. Therefore, it is recommended for use in clinical practice and research.

Keywords: head and neck cancer, quality of life, psychometric properties, anxious symptomatology, depressive symptomatology.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CyC) presentan un deterioro en su calidad de vida debido a cambios significativos en las funciones vitales relacionadas con los alimentos, la comunicación y la interacción social, así como a los efectos estéticos (Broglie et al., 2013; Hassan & Weymuller, 1993) psicológicos, entre los cuales, los síntomas de ansiedad y depresión son los más prevalentes (Ahn et al., 2015; Duffy et al., 2007; Maté, Hollenstein & Gil, 2004). La alteración a nivel psicológico en el área de cabeza y cuello es mayor que cualquier otra parte del cuerpo debido a que la interacción social y la expresión emocional dependen en gran parte del grado de la integridad de la cara, especialmente los ojos, de igual forma la comunicación del afecto y la proximidad con el esposo, los niños y los amigos depende en gran parte de la expresividad facial (Lozano-Arrazola, Cupil-Rodríguez, Alvarado-Aguilar & Granados-García, 2011).

En nuestro país, es de gran relevancia contar con instrumentos válidos y confiables que puedan medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, así como evaluar y realizar intervenciones psicológicas para disminuir los síntomas psicológicos que se hacen presentes en este grupo de pacientes.

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la asociación entre los niveles de calidad de vida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Para lograr este objetivo, se validó la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) en pacientes mexicanos ya que los elementos culturales pueden modificar las propiedades

psicométricas de la escala (Reyes & García, 2008) y con ello la imposibilidad de determinar si existe relación entre la calidad de vida y la sintomatología depresiva y ansiosa.

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Cáncer

Ciertamente, la mayoría de los cánceres forman una masa conocida como tumor, sin embargo, no todas las masas (tumores) son cancerosas. No obstante, los médicos extraen un fragmento de la masa y la analizan para determinar si es cáncer, sin embargo, las masas que no son cancerosas se les denominan tumores benignos y las cancerosas se denominan tumores malignos (American Cancer Society, 2016). El cáncer se puede originar en cualquier parte del cuerpo, comienza cuando las células crecen descontroladamente sobrepasando a las células normales, impidiendo que el cuerpo funcione de una manera adecuada. Las células siguen creciendo y formando nuevas células que desplazan a las células normales, causando problemas en el área del cuerpo en la que comenzó y provocando así un tumor cancerígeno. La diseminación de las células tumorales se conoce como metástasis (American Cancer Society, 2016).

Cáncer de cabeza y cuello

El cáncer de cabeza y cuello (CyC) abarca una amplia gama de tumores que se producen en el tracto aerodigestivo superior, originados en la cavidad oral, glándulas salivales, laringe, senos paranasales, cavidad nasal y faringe (nasofaringe, orofaringe o hipofaringe) (National Cancer Institute, 2017).

En esta región de la cabeza y el cuello se encuentran las funciones básicas, como el habla, la deglución, la audición y la respiración asociadas a la interacción social, que son de vital importancia para el individuo (La Mantia, Rossitto & Andaloro, 2017).

A continuación, se describen las regiones donde se origina el cáncer de cabeza y cuello (Figura 1):

- Cavity oral. Comprende los labios, dos terceras partes del frente de la lengua, las encías, el revestimiento dentro de las mejillas y labios, la base de la boca debajo de la lengua, el paladar duro (parte superior ósea de la boca) y la zona pequeña de la encía detrás de las muelas del juicio.
- Faringe. La faringe (también llamada garganta) es un tubo hueco casi 5 pulgadas de largo que comienza detrás de la nariz y se extiende hasta el esófago. Tiene tres partes: la nasofaringe (la parte superior de la faringe, detrás de la nariz); la orofaringe (la parte central de la faringe, incluido el paladar blando (la parte de atrás de la boca), la base de la lengua y las amígdalas) y la hipofaringe (la parte inferior de la faringe).
- Laringe. La laringe es un conducto corto formado por cartílago situado justo debajo de la faringe en el cuello. La laringe contiene las cuerdas vocales, tiene también un tejido pequeño, llamado epiglotis, que se mueve para cubrir la laringe e impedir que los alimentos entren en las vías respiratorias.
- Senos paranasales y cavidad nasal. Los senos paranasales son pequeños espacios huecos en los huesos de la cabeza localizados alrededor de la nariz. La cavidad nasal es el espacio hueco dentro de la nariz.
- Glándulas salivales. La mayoría de las glándulas salivales se encuentran en el piso de la boca y cerca de la mandíbula. Son responsables de la saliva.

Regiones en el cáncer de cabeza y de cuello

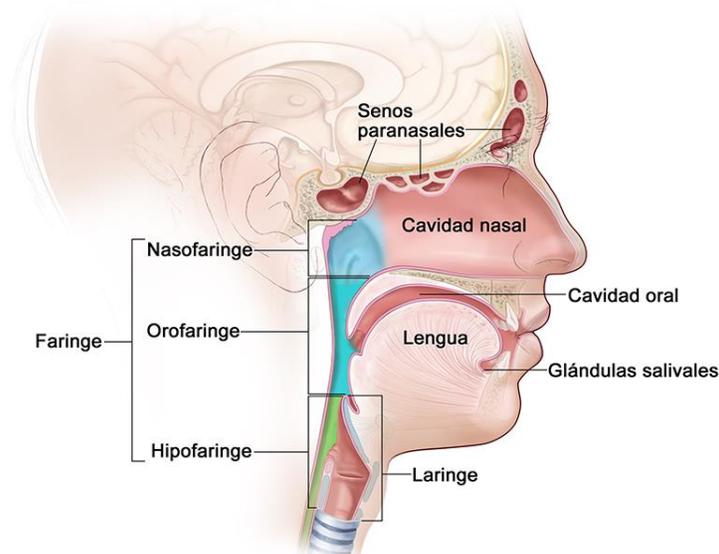


Figura 1. Regiones donde se produce el cáncer de cabeza y cuello. Se muestra el sitio de los senos paranasales, de la cavidad nasal, la cavidad oral, la lengua, las glándulas salivales, la laringe y la faringe (incluidas la nasofaringe, la orofaringe y la hipofaringe) (National Cancer Institute, 2017).

Epidemiología

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015 ocasionó 8,8 millones de muertes (Organización Mundial de la Salud, 2019a). De acuerdo con la International Agency for Research on Cancer (2018a) en el año 2018 se registraron alrededor de 18 millones de nuevos casos y se prevé que aumente hasta 29 millones de casos nuevos para el año 2040. En México, se registraron 191 millones de casos nuevos, 83 millones de muertes y una prevalencia a 5 años de 471 millones.

Desde finales del siglo XX el cáncer ha tenido un gran impacto a nivel social, por ejemplo, en 2002 se registraron 108,064 tumores malignos, de los cuales el 35% afectó a hombres y el 65% a las mujeres (citado en Tirado & Granados, 2007).

A nivel mundial, el cáncer de cabeza y cuello representa más de 650,000 casos y 330,000 muertes al año (Bray et al., 2018) con una tasa de supervivencia de cinco años de aproximadamente del 60% (Jemal, Thomas, Murray & Thun, 2002). El carcinoma de células escamosas (CCE) representa más del 95% de todos los cánceres de CyC (Chen et al., 2008). Las proyecciones indican que la incidencia de este tipo de neoplasias aumentará un 62% para el año 2035 (Torre et al., 2015).

El cáncer de CyC es altamente prevalente en el sudeste de Asia, que comprende 35-40% de todas las enfermedades malignas en la India, en comparación con aproximadamente el 9% en Taiwán y el 2-4% en los países occidentales (Chen et al., 2008).

Por otro lado, en el año 2006, el carcinoma de células escamosas de la cavidad oral se convirtió en el sexto cáncer más común en Taiwán y el cuarto cáncer más común en hombres taiwaneses. La tasa de mortalidad aumentó significativamente de 4.25 por 100 000 en 1995 a 9,6 por 100 000 en 2006, es decir, representa un aumento 2,26 veces en la última década. No obstante, esta tendencia desfavorable refleja la mayor tasa de mortalidad por cáncer de cabeza y cuello, principalmente en hombres de Taiwán. En general, las tasas de mortalidad por dichas neoplasias en hombres aumentaron 2,33 veces, de 7,6 por 100 000 en 1995 a 17,7 en 2006, lo cual representa un considerable impacto adverso en la salud pública (Chen et al., 2008).

En Estados Unidos se reportó un estimado de 61,760 nuevos casos de cáncer de CyC en el año 2016 (Siegel, Miller & Jemal, 2015). Actualmente, hay aproximadamente 436,060 (3%) sobrevivientes de cáncer de cabeza y cuello que viven en los Estados Unidos (DeSantis et al., 2014) y la supervivencia a largo plazo se está volviendo más común en esta población (Ganz, 2009).

En México, el cáncer de CyC en México es la octava causa de muertes relacionadas con el cáncer (Ferlay et al., 2012). En relación con los distintos tipos de cáncer, los datos indican 8.9% de casos nuevos para tiroides (este tipo de cáncer por sí solo se encuentra entre los primeros cinco en México), 1.5% para labio y cavidad oral, 1.0% para laringe, 0.60% para glándulas salivales, 0.32% para orofaringe, 0.21% para nasofaringe y 0.14% para hipofaringe (International Agency for Research on Cancer, 2019b).

De acuerdo con el Registro Histopatológico de las Neoplasias en México (RHNM) (citado en Tirado y Granados, 2007) la letalidad estimada para el cáncer de vías aerodigestivas es la siguiente: cavidad bucal 62.4%, laringe del 93%, bucofaringe cerca del 100%, hipofaringe 94%, nasofaringe 83% y, fosas nasales y senos paranasales 47%.

Factores de riesgo

De acuerdo con la OMS (2019b) un factor de riesgo se define como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. Los factores de riesgo para desarrollar el cáncer de CyC se dividen en 2 grupos: 1) modificables y 2) no modificables.

Factores de riesgo modificables

Los dos factores principales de riesgo para el cáncer de CyC son el uso de alcohol y de tabaco. Se les atribuye un efecto del 75% de los casos, con un efecto sinérgico cuando son combinados (Chen et al., 2009; Boffetta & Hashibe, 2006; Boffetta et al., 2001; Blot et al., 1988; Boffetta & Garfinkel, 1900). Por otra parte, el consumo de alcohol se asocia principalmente al cáncer de cavidad oral y faringe (Mehanna, Paleri, West & Nutting, 2010; Conway et al., 2009; Argiris, Karamouzis, Raben & Ferris, 2008; Gandini et al., 2008).

El consumo de tabaco, representa el 90 % de los cánceres de la cavidad oral en hombres y el 60 % en mujeres, el cáncer de laringe es 15 veces mayor en fumadores que en no fumadores y 12 veces en mujeres (Gallegos-Hernández, 2006). El tabaco (cigarrillo, cigarro, pipa) se asocia con un mayor riesgo de carcinogénesis, este riesgo es mayor para los cánceres de laringe e hipofaringe, los de la cavidad oral y la orofaringe (Wyss et al., 2013; Zeka, Gore & Kriebel, 2003).

El tabaco no fumado (inhalado o masticado) se asocia con un mayor riesgo de cáncer de la cavidad oral y la faringe (Auperin, Melkane, Luce & Temam, 2011). Las personas que usan tanto tabaco como alcohol tienen un riesgo mayor de presentar estos cánceres que las personas que usan solo tabaco o solo alcohol (Hashibe et al., 2009).

El consumo de alcohol se asocia con el riesgo de muerte por cáncer de orofaringe, es cuatro veces mayor en los bebedores, se relaciona con los carcinomas epidermoides de la cavidad oral, orofaringe, laringe supraglótica e hipofaringe (Gallegos-Hernández, 2006), se asocia a cáncer en los subsitios donde hay contacto durante la ingestión y deglución (piso de boca, bordes linguales, región glosoamigdalina, valéculas, hipofaringe región supraglótica y

esófago). Se estima que una persona que tenga una historia de consumo de 5 bebidas alcohólicas por día tiene 40 veces más riesgo de contraer la neoplasia de cabeza y cuello (Goldenber et al., 2004).

La salud bucal tiene un papel muy importante ya que la higiene bucal pobre y la falta de dientes pueden ser factores de riesgo leves de cánceres de la cavidad oral. El uso de enjuague bucal con un contenido alto de alcohol es un posible factor de riesgo de cánceres de la cavidad oral (Mayne, Morse & Winn, 2009; Guha et al., 2007). Otro factor de riesgo a considerar es la exposición ocupacional al polvo de madera ya que es un factor de riesgo de cáncer de nasofaringe (Yu & Yuan, 2002) de los senos paranasales y de cavidad nasal (Luce et al., 1993). Las personas que trabajan en ciertos oficios en las industrias de construcción, metalurgia, textil, cerámica, maderera y alimentaria pueden presentar mayor riesgo de cáncer de laringe (Boffetta et al., 2003).

Factores de riesgo no modificables

Con relación a los factores de riesgo no modificables, se ha identificado que los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de más de 200 virus relacionados. Más de 40 tipos de VPH pueden transmitirse por contacto sexual directo, de la piel y de las membranas mucosas de personas infectadas a la piel y a las membranas mucosas de sus parejas. Pueden transmitirse por contacto sexual vaginal, anal y oral (American Cancer Society, 2019b; 2017). El VPH se asocia con aproximadamente el 25% de los cánceres de cabeza y cuello. En particular, el VPH está asociado con aproximadamente 25%, se asocia a los cánceres de orofaringe, sobre todo a nivel amígdala palatinas y la base de la lengua, en donde existe una

asociación del 60%, aumenta 63 veces la posibilidad de presentar el carcinoma (Cardemil, 2014).

El virus Epstein-Barr (VEB), también conocido como el virus del herpes humano 4, es un miembro de la familia de los virus del herpes. Es un factor de riesgo de cáncer de nasofaringe (Chien et al., 2001) y de cáncer de glándulas salivales (Chan et al., 1994; Hamilton-Dutoit et al., 1991). El VEB ha sido identificado en enfermedades malignas epiteliales y linfoides como en los casos de carcinoma nasofaríngeo, linfoma asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y enfermedad de Hodgkin, entre otras patologías (Solórzano Santos, 2010). Este virus es detectado consistentemente en los carcinomas de regiones con alta y baja prevalencia, lo que sugiere que la infección y sus efectos son un importante factor de riesgo (Battista et al., 1995, citados en Veitía et al., 2015).

El género contribuye al crecimiento de los cánceres de laringe e hipofaringe, son aproximadamente cuatro veces más comunes en los hombres que en las mujeres. Esto es probablemente debido a que los factores de riesgo principales, son el hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol que son más frecuentes en los hombres (American Cancer Society, 2019b). Sin embargo, en años más recientes estos hábitos se han hecho más comunes entre las mujeres, por lo que el riesgo de padecer estos cánceres ha aumentado también (American Cancer Society, 2019b).

La edad es otro factor de riesgo para el desarrollo de los cánceres de laringe e hipofaringe, por lo general tardan muchos años en desarrollarse, por lo que no son comunes en las personas jóvenes. Más de la mitad de los pacientes con estos cánceres tiene entre 65 años o más cuando se les detecta la enfermedad por primera vez (American Cancer Society, 2019b).

Finalmente, la raza se asocia a los cánceres de laringe y de hipofaringe. Porejemplo, entre la población afroamericana de Estados Unidos, la tasa de cáncer de cavidad oral y orofaringe es cuatro veces mayor que en blancos y latinos; la supervivencia es también menor en ese grupo etario, asociada al diagnóstico en etapas más avanzadas (American Cancer Society, 2019b; Davidson, 2001).

Estadios

La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo y ayuda a saber qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de cavidad oral y de orofaringe es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

- La extensión del tumor (T): ¿Qué tan grande es el tumor principal (primario) y hacia qué tejidos, si es el caso, de la cavidad oral o de la orofaringe se ha propagado?
- La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (N): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes?
- La propagación (metástasis) a sitios distantes (M): ¿Se ha propagado el cáncer a órganos distantes tal como a los pulmones? (American Cancer Society, 2018a).

Tabla 1. *Estadificación del cáncer de cabeza y cuello (American Cancer Society, 2018a).*

| Etapa | Agrupación por etapas | | | Descripción de las etapas |
|-------|-----------------------|----|----|---|
| 0 | Tis | N0 | M0 | El cáncer aún se encuentra dentro del epitelio (la capa superficial de las células que recubren la cavidad oral y la orofaringe) y todavía no se ha expandido a las capas más profundas. No hay propagación a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0). Esta etapa también se conoce como carcinoma in situ (Tis). |
| I | T1 | N0 | M0 | El cáncer mide 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgadas) o menos. No está creciendo en los tejidos cercanos (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0). |
| II | T2 | N0 | M0 | El cáncer mide más de 2 cm, pero no tiene más de 4 centímetros (aproximadamente 1½ pulgadas). No está creciendo en los tejidos cercanos (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0). |
| III | T3 | N0 | M0 | El cáncer mide más de 4 cm (T3). Para los cánceres de orofaringe, T3 también incluye tumores que están creciendo en la epiglotis (la base de la lengua). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0). |
| O | T1, T2, T3 | | | El cáncer tiene cualquier tamaño y pudo haber crecido en estructuras cercanas del cáncer de orofaringe (T1-T3) y se ha propagado a un ganglio linfático en el mismo lado del tumor primario. El cáncer no se ha propagado afuera del ganglio linfático y el ganglio linfático no mide más de 3 cm (aproximadamente 1¼ pulgadas) (N1). No se ha propagado a sitios distantes (M0). |
| | N1 | | | |
| IVA | M0 | | | El cáncer tiene cualquier tamaño y está creciendo en estructuras cercanas tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Para los cánceres de labio: el tumor está expandiéndose hacia el hueso adyacente, el nervio alveolar inferior (el nervio de la mandíbula), el piso de la boca, o la piel del mentón o de la nariz (T4a). • Para los cánceres de cavidad oral: el tumor está expandiéndose hacia los huesos de las mandíbulas o del rostro, el músculo interno de la lengua, la piel del rostro o los senos maxilares (T4a). • Para los cánceres orofaríngeos: el tumor está expandiéndose hacia la laringe (órgano fonador), músculo de la lengua o huesos como el pterigoideo medio, el paladar duro o la mandíbula (T4a). Esto también se conoce como enfermedad local moderadamente avanzada (T4a). Además, uno de los siguientes: |
| | N0 o N1 | | | |
| | M0 | | | |

| | | |
|-----|------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0). • Se ha propagado a 1 ganglio linfático sobre el mismo lado del tumor primario, sin embargo, no ha crecido fuera del ganglio linfático y el ganglio linfático no mide más de 3 cm (aproximadamente 1 ¼ pulgadas) (N1). |
| | | No se ha propagado a sitios distantes (M0). |
| O | T1, T2, T3 o T4a | El cáncer tiene cualquier tamaño y podría haber crecido en estructuras adyacentes (T0-T4a). No se ha propagado a |
| | N2 | órganos distantes (M0). Se ha propagado a uno de los siguientes sitios: |
| | M0 | <ul style="list-style-type: none"> • Un ganglio linfático sobre el mismo lado del tumor primario; sin embargo, no ha crecido fuera del ganglio linfático y el ganglio linfático no mide más de 3 cm, pero menos de 6 cm (alrededor de 2 ½ pulgadas) (N2a). • Se ha propagado a más de un ganglio linfático sobre el mismo lado del tumor primario, pero no ha crecido afuera de ninguno de los ganglios linfáticos y ninguno mide más de 6 cm (N2b). • Se ha propagado a uno o más ganglios linfáticos ya sea sobre el lado opuesto al tumor primario o en ambos lados del cuello, pero no ha crecido afuera de ninguno de los ganglios linfáticos y ninguno mide más de 6 cm (N2c). |
| | | El cáncer tiene cualquier tamaño y pudo haber crecido hacia los tejidos blandos o estructuras cercanas (cualquier T) y cualquiera de los siguientes: |
| IVB | Cualquier T | <ul style="list-style-type: none"> • Se ha propagado a un ganglio linfático que mide más de 6 cm sin embargo no ha crecido afuera del ganglio linfático (N3a) |
| | N3 | <ul style="list-style-type: none"> • Se ha propagado a un ganglio linfático que mide más de 3 cm y claramente ha crecido afuera del ganglio linfático (N3b) |
| | M0 | <ul style="list-style-type: none"> • Se ha propagado a más de un ganglio linfático en el mismo lado, el lado opuesto o en ambos lados del cáncer primario con crecimiento afuera del/de los ganglio (s) linfático(s) (N3b) • Se ha propagado a un ganglio linfático en el lado opuesto del cáncer primario el cual mide 3 cm o menos y ha crecido afuera del ganglio linfático (N3b). |
| | | No se ha propagado a órganos distantes (M0). |
| O | T4b | El cáncer tiene cualquier tamaño y está creciendo en estructuras cercanas tales como la base del cráneo u otros huesos cercanos o rodea la arteria carótida. Esto se conoce como enfermedad local muy avanzada (T4b). Podría o no |
| | Cualquier N | |

| | | |
|-----|-------------|---|
| | M0 | haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). No se ha propagado a órganos distantes (M0). |
| IVC | Cualquier T | El cáncer tiene cualquier tamaño y pudo haber crecido en estructuras cercanas (cualquier T) y podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se ha propagado a sitios distantes como los pulmones o los huesos (M1). |
| | Cualquier N | |
| | M1 | |

Tratamiento

El tratamiento estándar para el cáncer de CyC se basa en gran medida en las consideraciones anatómicas y el estadio TNM (tumor, ganglios linfáticos, metástasis). La enfermedad en etapa inicial (estadios I y II) se trata con: cirugía o radioterapia (RT), dependiendo principalmente de la ubicación del tumor (Pfister et al., 2015). En cambio, los pacientes en etapa avanzada (estadio III, IVa y IVb) se tratan con una combinación de distintos tratamientos que incluye: cirugía, radioterapia y quimioterapia (Pfister et al., 2015). Así mismo, la secuencia y la combinación de terapias se basan en el estadio, la ubicación del tumor, la experiencia de los médicos tratantes y las preferencias del paciente (Pfister et al., 2015). Sin embargo, a pesar de un tratamiento más agresivo para la enfermedad en estadio avanzado, las tasas de curación siguen siendo bajas principalmente debido a la recurrencia locorregional.

Las estrategias de tratamiento son diferentes, principalmente cirugía casi siempre asociada con radioterapia. Las terapias adyuvantes incluyen quimioterapia e inmunoterapia. La cirugía puede causar mutilaciones permanentes, pérdida de órganos o cambios en sus funciones (Pfister et al., 2015).

El tratamiento de primera elección es la cirugía (extirpación total del tumor), aunque en muchas de las ocasiones, la curación del cáncer significa la deformación del rostro y con esto la alteración de la imagen corporal (Alvarado & Florentino, 2007, citados en Lozano-Arrazola et al., 2011).

Las opciones de tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello son:

- Cirugía. El cirujano se encarga de **extirpar el tumor** y durante la operación, es posible que se extirpen algunos ganglios linfáticos. El aspecto estético y la funcionalidad de los órganos de cabeza y cuello se ven afectados de forma significativa, la cirugía deberá proteger las estructuras sanas que sea posible.
- Radioterapia. Tiene la finalidad de **eliminar las células cancerosas**, las cuales tienen menor capacidad de recuperarse del daño originado por la radiación que las células normales. Este tratamiento está encaminado a destruir las células cancerosas localmente, usando radiación de alta energía producida por un dispositivo de radioterapia. En la radioterapia externa, la radiación es producida por una fuente externa y es dirigida al área de la cabeza o el cuello en donde se encuentra el tumor, incluyendo los ganglios linfáticos y nódulos linfáticos en algunos casos.
- Quimioterapia. Tiene la finalidad de **eliminar las células tumorales**. La quimioterapia se suministra a través de una vena por lo que actúa sistemáticamente (a través de la circulación sanguínea). No obstante, existen distintos medicamentos para tratar el cáncer de cabeza y cuello como: cisplatino, paclitaxel, docetaxel, 5-fluorouracilo (5-FU), entre otros. Estos medicamentos también se pueden usar en combinación. La quimioterapia a veces se suministra en concomitancia con la radioterapia para potenciar la acción de la radiación.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Definición de calidad de vida

La calidad de vida es, por definición, una construcción global multidimensional que se ha convertido en una medida de resultado cada vez más importante en el tratamiento del cáncer (Sayed et al., 2009). De acuerdo con el WHOQOL Group de la OMS (1998) la calidad de vida se define como " la percepción individual de su posición en la vida, en el contexto de la de cultura y el sistema de valores en su vida y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".

Por su parte, Rogers, Ahad & Murphy (2007) definen la calidad de vida como un constructo multidimensional en el cual el individuo realiza una evaluación subjetiva del impacto que provoca una enfermedad o tratamiento en su funcionamiento físico, psicológico, social y somático en su bienestar general. Por lo tanto, el impacto del diagnóstico de cáncer de CyC en la persona y las consecuencias de su tratamiento cruzan múltiples dominios funcionales que tienen una influencia clara y directa sobre el bienestar posterior al tratamiento y la calidad de vida asociada (Sayed et al., 2009).

De acuerdo con Heutte et al. (2014) el criterio de "calidad de vida" se desarrolló debido a la limitada esperanza de vida que tienen los pacientes ante un concepto de "curación" como un punto final terapéutico, pero también, a una supervivencia prolongada gracias a los avances de los diversos tipos de tratamiento y a la participación familiar. También se le considera un parámetro subjetivo que representa la percepción que tiene el individuo de sí mismo en el mundo social.

En oncología, la calidad de vida es una función del estado de salud y el concepto ha evolucionado a lo largo de los años. La cura en términos de "cantidad de vida" además de la supervivencia son las principales preocupaciones del oncólogo (Heutte et al., 2014).

A menudo, los pacientes deben de enfrentarse a una patología perjudicial y sus diversos tratamientos que impactan sobre la calidad de vida durante muchos años Incluso después del tratamiento (Bjordal & Bottomley, 2017; La Mantia et al., 2017; Broglie et al., 2013; Laraway & Rogers, 2012; Sayed et al., 2009), presentan cambios significativos en las funciones vitales relacionadas con los alimentos, la comunicación y la interacción social, así como a los efectos estéticos (Broglie et al., 2013; Hassan & Weymuller, 1993).

La evidencia sostiene la importancia de evaluar la calidad de vida en estos pacientes desde diferentes momentos, desde el diagnóstico, durante el tratamiento y después del tratamiento ya que ayuda al equipo multidisciplinario a comprender el efecto de la enfermedad y su tratamiento en la vida del paciente y es una herramienta importante para la planificación del tratamiento y tratar de centrarse en aspectos que puedan mejorar las medidas de apoyo (Bjordal & Bottomley, 2017; La Mantia et al., 2017; Melo Filho et al., 2013; Sayed et al., 2009; Murphy et al., 2007; Rogers et al., 2007; Gibson & Forastiere, 2004; Hanna et al., 2004; Vartanian et al., 2004).

Datos de un estudio prospectivo realizado por Mehanna & Morton (2006), evaluaron la calidad de vida 10 años después del diagnóstico y tratamiento en 200 pacientes con cáncer de CyC encontraron que 10 años después del diagnóstico, la calidad de vida general disminuyó significativamente en un promedio del 11% (IC 95%) en comparación con los puntajes obtenidos antes del tratamiento, y en un 15% en comparación con los años 1 y 2 postratamiento.

Por otro lado, Visacri et al. (2015) hicieron un estudio transversal, evaluaron en 48 pacientes, en su mayoría blancos (77.1%), hombres (83.3%) y mujeres (16,7%), con cánceres de faringe (66.7%), cánceres con tumores en estadio T4 (45.8%) y N1 (31.2%), y clasificados con un estado de rendimiento de Karnofsky (KPS) del 90% (37,5%). Identificando puntuaciones excelentes en saliva (96.2 ± 13.5) y hombro (93.6 ± 17.9), siendo el dolor y la ansiedad los dominios más afectados (59.6 ± 32.4 y 57.5 ± 39.2 , respectivamente). Se observó una relación significativa de la etapa Karnofsky y T (Tamaño del tumor) con la puntuación general de la calidad de vida ($p < 0.001$). La población con la puntuación de calidad de vida total más baja fue la de aquellos con puntuaciones Karnofsky bajas y tumores T4.

Rogers, Pinto et al., (2016) realizaron un estudio de cohorte de alrededor de 2 años, evaluando la calidad de vida en 162 pacientes mediante la UW-QOLv4, tres cuartas partes eran hombres (72%) y encontraron que el 76% informó que su calidad de vida general era buena, muy buena o sobresaliente, y una clara mayoría de los pacientes (rango 57%–94%, mediana 79%) no reportó ninguno o solo problemas menores, especialmente para tragar, masticar y hablar. La principal disfunción fue en la saliva (39%), la función del hombro (24%), el dolor (18%), la ansiedad (17%), el sabor (16%) y el estado de ánimo (14%) con 48% (52/108) registrando disfunción en uno o más de los seis dominios de función física y 44% (48/108) en uno o más de los seis dominios de función social-emocional.

Síntomas físicos

La imagen corporal, principalmente el rostro, representa la carta de presentación de cualquier individuo y las modificaciones que esta sufra, modificará la autoimagen. La apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad ya que se considera como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral (Fernández, 2004).

El desfiguramiento facial es particularmente un reto difícil para la adaptación debido a que el rostro es un área visiblemente prominente de la anatomía y releja ánimo, intelecto y emoción, y sirve como un medio de comunicación con los demás (Cogwell & Anderson, 2001). Esto influirá directamente en el ajuste emocional del paciente, su calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral (Fernández, 2004).

Los cambios en la apariencia, la voz y las dificultades para tragar pueden causar ciertas limitaciones. Por lo general, el dolor, la limitación en la actividad, la masticación, el habla y la deglución juegan un papel importante en la pérdida de autoestima y el aislamiento social del paciente. Todos estos factores, junto con las complicaciones, cambian la percepción de su vida y pueden crear un impacto negativo en la calidad de vida de estos individuos (Rathod, Livergant, Klein, Witterick & Ringash, 2015).

Un estudio realizado en 2010 (Biazevic et al., 2010) evaluó la supervivencia y la evolución de la calidad de vida mediante la UW-QOL en 47 pacientes con cáncer de cabeza y cuello 1 año después de ser sometidos a tratamiento quirúrgico. Los resultados indicaron que las quejas más importantes de los pacientes que sobrevivieron al tratamiento fueron problemas con la masticación (48%), el habla (44%) y la ansiedad (32%), todas ellas al inicio de inicio del estudio. En cambio, durante la evaluación de seguimiento, las quejas se relacionaron con la masticación (60%), la deglución (24%) y la producción de saliva (20%).

Cabe destacar que los datos indicados solamente describen las respuestas de 25 pacientes de 47, ya que 7 de ellos no fueron localizados y 15 murieron. Adicionalmente, los sobrevivientes presentaron una calificación general significativamente reducida ($p= 0.006$) en su calidad de vida durante la evaluación de seguimiento. Las áreas más afectadas en su calidad de vida incluyeron actividad, recreación, masticación, deglución, habla, función del hombro y producción de saliva. La masticación fue el dominio de calidad de vida con la mayor reducción de la calificación: de 74.0 antes de la operación a 34.0 puntos, 1 año después de la cirugía. La ansiedad fue el dominio de calificación más pobre antes de la cirugía (36.0); sin embargo, la ansiedad fue el único dominio que aumentó significativamente su calificación promedio, a 70.7, 1 año después de la cirugía. Es decir, los niveles de ansiedad se redujeron. Los dominios restantes de calidad de vida (dolor, apariencia, sabor y estado de ánimo) no presentaron una reducción significativa de las calificaciones.

Datos de otros estudios realizado por dos Santos Queija et al. (2009) hicieron una evaluación prospectiva en 28 pacientes encontrando la disfagia en un 66% hasta un 86%. Fang et al. (2004) investigaron los cambios longitudinales en la calidad de vida para 77 pacientes con cáncer de CyC, reportando el dolor (31%), tragar (40%), gusto / olor (56%) y habla (44%), su estudio indica que algunos pacientes, después de recibir radioterapia postoperatoria, sufrieron un deterioro de las escalas de calidad de vida, especialmente en algunos síntomas específicos de cabeza y cuello. Mientras tanto, encontraron que algunos pacientes, especialmente aquellos con cáncer de CyC más avanzado, podrían haber desarrollado habilidades de afrontamiento para lidiar con los efectos adversos de la radioterapia adyuvante en su calidad de vida global.

Rogers, Pinto et al. (2016) realizaron un estudio de cohorte con el objetivo de evaluar la calidad de vida mediante la UW-QOL en un grupo de 153 pacientes alrededor de 2 años después del tratamiento con microcirugía y encontraron que los problemas más comunes fueron en relación con la saliva (39%), función del hombro (24%), dolor (18%), ansiedad (17%), gusto (16%) y estado de ánimo (14%) con 48% (52/108) registrando disfunción en uno o más de los seis dominios de función física y 44% (48/108) en uno o más de los seis dominios de función socioemocional. Los datos indican que existe una disminución en la calidad de vida debido al tratamiento con el tratamiento y la misma enfermedad.

La evaluación de la calidad de vida ayuda al equipo multidisciplinario a comprender el efecto de la enfermedad y su tratamiento en la vida del paciente y también podría convertirse en una herramienta importante para la planificación del tratamiento y tratar de centrarse en aspectos que puedan mejorar las medidas de apoyo. Esta información se puede utilizar para dar al paciente y a su familia una indicación sobre 'cómo será' su aspecto físico después del tratamiento (Lowe & Rogers, 2018; Bjordal & Bottomley, 2017; Rogers, Semple, Babb & Humphris, 2016; Rogers et al., 2015; Gibson & Forastiere, 2004; Hanna et al., 2004; Vartanian et al., 2004; Allal, Nicoucar, Mach & Dulguerov, 2003; Deleyiannis et al., 1999;). También ayuda a facilitar mejoras en el cuidado posterior y sirve para impulsar la investigación de resultados clínicamente relevantes (Rogers, 2010).

Existen muchas dificultades para evaluar la calidad de vida en la práctica clínica (Rogers et al., 2007; Aaronson, Bullinger & Ahmedzai, 1988), quizás los mayores desafíos son:

- 1) la carga de la administración y el procesamiento de los cuestionarios
- 2) la realidad de que los pacientes tienden a adaptarse con el tiempo, por lo que las diferencias esperadas entre los tratamientos podrían no ser tan significativas como se anticipaba
- 3) que los datos de calidad de vida se ponderan a los sobrevivientes
- 4) que hay poca evidencia de estándares acordados de análisis e informes. Otra barrera es la falta de evidencia sobre cuándo la calidad de vida debería tener un papel importante en las decisiones de tratamiento, o un papel importante simplemente como un factor adicional, o tal vez donde tiene un valor relativamente pequeño.

Por lo tanto, los profesionales de la salud pueden confiar de manera poco realista en el valor de la calidad de vida en ciertas situaciones clínicas y esto puede conducir a la frustración y a la percepción de falta de beneficio en el proceso de la calidad de vida (Rogers, Semple et al., 2016).

Medición de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

La calidad de vida es un parámetro subjetivo multidimensional que requiere una escala que cubra una amplia gama de ítems en una variedad de campos. Las evaluaciones de calidad de vida han sido reconocidas debido al amplio impacto funcional que provoca la enfermedad y su tratamiento, por lo tanto, se ha convertido en un resultado de tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello. Frecuentemente los pacientes informan sobre los problemas

físicos, funcionales y psicosociales que persisten y que son significativos mediante el uso de cuestionarios (Heutte et al., 2014).

Los cuestionarios proporcionan una visión estructurada del punto de vista de los pacientes, facilitan el trabajo del equipo multidisciplinario con el reconocimiento de grupos de resultados deficientes, mejor información para el paciente y la oportunidad de identificar áreas problemáticas y de apoyo/intervención. Sin embargo, la elección del cuestionario de calidad de vida depende del propósito del estudio, su diseño y los recursos disponibles. No obstante, algunos cuestionarios pueden ser más aplicables en la práctica de rutina y otros en un entorno de investigación (Lowe & Rogers, 2018).

En 1992, Sadura et al. señalaron que un cuestionario autocompletado debe ser comprensible y tomar menos de 10 minutos para completarlo. La simplicidad es primordial, porque la calidad de vida se mide mejor longitudinalmente. Por lo tanto, cada paciente completará un cuestionario en varias ocasiones desde el inicio (pretratamiento) hasta 1 año y anualmente a partir de entonces.

Nunca habrá un cuestionario perfecto para la evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer de CyC (Ringash & Bezjak, 2001) actualmente no existe un cuestionario “estándar de oro” (Lowe & Rogers, 2018; Sayed et al., 2009; Vartanian et al., 2006), sin embargo, existe la posibilidad de elegir entre algunos instrumentos validados (Ringash & Bezjak, 2001; Rogers, Fisher, & Woolgar, 1999). Así mismo, deben ser fáciles de administrar, de entender y de calificar. Deben ser válidos (medir lo que dicen que miden), confiables (producen los mismos resultados en el mismo grupo de pacientes cuando se repiten) y sensibles (que responden al cambio en la condición del paciente), lo más

importante es que deben ser clínicamente relevantes. Así mismo, los instrumentos son de gran ayuda para el personal de la salud para detectar diferencias clínicamente significativas o cambios en la condición del paciente (Lowe & Rogers, 2018).

Existen diversos cuestionarios que miden la calidad de vida para pacientes con cáncer de CyC y que actualmente se utilizan, estos instrumentos se han desarrollado principalmente en entornos de investigación y se dividen en dos categorías principales: genéricos y específicos de la enfermedad (Heutte et al., 2014; Murphy et al., 2007).

Existen diversos instrumentos (ver tabla 2 y 3) que miden el constructo de calidad de vida en este grupo de pacientes (Djan & Penington, 2013; Ojo et al., 2012; Murphy et al., 2007; Ringash & Bezjak, 2001).

Tabla 2. Cuestionarios genéricos que miden calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

| Referencia | Instrumento | País/ Muestra | Validez y confiabilidad | Descripción |
|--------------------------|---|--|--|--|
| Ware & Sherbourne (1992) | Estudio de resultados médicos: formulario corto 36 (MOS SF-36) | Estados Unidos n=3445 | $\alpha = 0.65$ a 0.94 a través de las escalas. Validez 92% $\alpha = .97$ | Número de ítems: 36 Dominios: 8 1) funcionamiento físico 2) limitaciones de roles debido a problemas físicos 3) dolor corporal 4) funcionamiento social 5) salud mental general 6) limitaciones de roles debido a problemas emocionales 7) vitalidad 8) percepciones generales de salud |
| Bergner et al. (1981) | Perfil de impacto de enfermedad (SIP) | Estados Unidos n= 278 pacientes | α global = 0.94 Confiabilidad test-retest ($r = 0,92$) | Dominios: 2, 12 categorías Dominios: (1) físico (2) psicosocial Categorías (1) dormir / descansar (2) comiendo (3) trabajo (4) gestión del hogar (5) recreación (6) ambulación (7) movilidad (8) cuidado y movimiento del cuerpo (9) interacción social (10) estado de alerta (11) comportamiento emocional (12) comunicación |

Tabla 2. Continuación de los cuestionarios genéricos que miden calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

| Referencia | Instrumento | País/ Muestra | Validez y confiabilidad | Descripción |
|------------------------|--|---------------------------------|---|---|
| Cella et al. (1993) | La escala de evaluación funcional de la terapia del cancer- General (FACT-G) | Estados Unidos n= 854 | α =total de 0.80 y entre escalas que va 0.60 a 0.70 Correlación test-retest: bienestar físico de 0,88; 0.82 bienestar social; 0.84 bienestar funcional; 83 relaciones con el doctor; y 0.82 bienestar emocional. Puntuación total 0.92 Sensibilidad al cambio $p = 0.002$. | Número de ítems: 27 Dominios: 4 (1) bienestar funcional (2) bienestar emocional (3) bienestar social / familiar (4) bienestar físico |
| Aaronson et al. (1998) | Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30) | Australia y Japón n= 305 | $\alpha = 0.90$ para todos los ítems en el estudio de replicación, con una r de Pearson con FLIC 0.79. $r - 0.65$ con POMS breves. En un estudio de replicación, el POMS fue -0.82 y FLIC fue 0.84 Fiabilidad y validez consistentes en todas las culturas. | Número de ítems: 30 Dominios: 9 (1) funcionamiento físico, (2) funcionamiento del rol (3) funcionamiento cognitivo (4) funcionamiento emocional (5) funcionamiento social, (6) fatiga (7) dolor (8) náuseas y vómitos (9) calidad de vida global |

Tabla 3. *Cuestionarios específicos del sitio en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.*

| Referencia | Instrumento | País/ Muestra | Validez y confiabilidad | Descripción |
|-----------------------|---|--|--|---|
| Bjordal et al. (1994) | Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, modulo cabeza y cuello (EORTC-H&N35) | Noruega, Suecia n= 2070 | $\alpha= 0.70$ para la mayoría de las escalas Sensible a cambiar con el tiempo. | Número de ítems: 35 Dominios: 7 (1) dolor (2) tragar (3) sentidos (4) discurso (5) comer social (6) contacto social (7) sexualidad |
| Ringash et al. (2004) | Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer, modulo cabeza y cuello (FACIT-H&N) | Estados Unidos n= 151 pacientes | $\alpha= 0.59$ a 0.79 en las subescalas | Número de ítems: 27 generales 11 específicos. Dominios: 5 (1) bienestar funcional (2) bienestar emocional (3) bienestar social / familiar (4) bienestar físico (5) preocupaciones adicionales específicas para el cáncer de cabeza y cuello |
| List et al. (1990) | Escala de estado de rendimiento para pacientes con cáncer de cabeza y cuello | Estados Unidos n = 151 | $\alpha= 0.64$ a 0.88 en todas las subescalas | Instrumento calificado por el médico. Dominios: 3 (1) dieta (2) discurso (3) comiendo |

Tabla 3. Continuación de los cuestionarios específicos del sitio en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

| Referencia | Instrumento | País/ Muestra | Validez y confiabilidad | Descripción |
|-----------------------|--|------------------------------------|--|--|
| Browman et al. (1993) | Cuestionario de radioterapia de cabeza y cuello (HNRQ) | Canadá n= 171 pacientes | No reporta | Número de ítems: 22 Dominios: 6 (1) piel (2) garganta (3) estomatitis oral (4), digestión (5) energía, (6) psicosocial. |
| Trotti et al. (1998) | Instrumento de radioterapia de calidad de vida Módulo de cabeza y cuello del instrumento (QOL-RTI/H&N) | Estados Unidos n= 34 pacientes | $\alpha=$ de 0.85, coeficiente de correlación test-retest 0.90 ($p < .001$), comparado favorablemente con el FACIT-H&N | Número de ítems: 14 Dominios: 7 (1) dolor (2) apariencia (3) discurso (4) masticar y tragar (5) mucosa y saliva (6) sabor (7) tos |
| Terrell (1999) | Instrumento de calidad de vida de cabeza y cuello de la Universidad de Michigan (HNQOL) | Estados Unidos n= 570 pacientes | $\alpha=$ 0.79 a 0.93 Ha funcionado adecuadamente contra otros instrumentos de calidad de vida | Número de ítems: 20 Dominios: 4 (1) comunicación (2) dolor (3) comiendo y tragando (4) emocional |

Tabla 3. Continuación de los cuestionarios específicos del sitio en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

| Referencia | Instrumento | País/ Muestra | Validez y confiabilidad | Descripción |
|---------------------------|--|---------------------------------------|--|---|
| Hassan & Weymuller (1993) | Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) | Estados Unidos n= 75 Pacientes | α = 0.74 a 0.83 Confiabilidad test-retest de 0.94 Validez de criterio promedio de 0.84 Correlaciona bien con el Perfil de Impacto de Enfermedad | Número de ítems: 10 con 4 preguntas que requieren respuesta por escrito Dominios: 3 (1) funcionamiento físico (2) síntomas físicos (3) funcionamiento social general |
| Young et al. (1998) | Cuestionario de la Universidad de Liverpool para cáncer de cabeza y cuello | Reino Unido N= 20 pacientes | Se correlaciona bien ($r = 0,86$) con el módulo FACIT-H&N $p = (<0.0001)$. | Número de ítems: 10 Marco de tiempo: últimas 4 semanas Respuestas: formatos variables; total los puntajes van de 0 (pobre) a 100% (excelente) |
| Pace-Balzan et al. (2004) | Cuestionario de rehabilitación oral de Liverpool | Reino Unido N= 61 pacientes | Consistencia interna Sección 1 α = de 0.88 Sección 2; no se informó alfa. Validez de construcción Correlación entre 9 ítems de escala y herramientas válidas (EORT-H&N y UWQOL) positivo; r rango 0.28-0.90. Diferencias significativas en 4/12 ítems en la Sección 1 entre pacientes que recibieron radioterapia y no la tuvieron Test-retest mediana Kappa 0.62; rango 0.45-0.82 | Número de ítems: 25 Dominios: 2 (1) función oral (12 ítems) (2) prótesis dental (13 ítems) |

Dentro de los instrumentos específicos se ha reportado que el EORT-H&N35 y el FACIT-H&N son cuestionarios demasiado largos o complicados para el equipo de cabeza y cuello, incluyendo al paciente y no se administran fácilmente en entornos clínicos ocupados (Lowe & Rogers, 2018; Lee et al., 2017; Rogers et al., 2002; Hassan & Weymuller, 1993). Una herramienta actual, que ha tenido gran relevancia es la escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) (Hassan & Weymuller, 1993).

De acuerdo con diversas revisiones sistemáticas de la literatura (Djan & Penington, 2013; Ojo et al., 2012; Murphy et al., 2007; Ringash & Bezjak, 2001) la UW-QOL es un instrumento que surgió como una medida simple y clínicamente relevante para la práctica clínica e investigación ya que combina elementos funcionales, emocionales y sociales, teniendo datos de referencia disponibles de pacientes no cancerosos, lo que permite su comparación con valores “normales” (Lowe & Rogers, 2018).

Adicionalmente, este instrumento fue citado en la Encuesta Nacional de Cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud en oncología de cabeza y cuello (Kanatas & Rogers, 2010; Kanatas & Rogers, 2004;) y se considera una herramienta nacional de resultados de la calidad de vida en el Reino Unido. Desde su creación (Hassan & Weymuller, 1993), los autores afirmaron que "las ventajas de la UW-QOL de cabeza y cuello son que: 1) es breve y autoadministrado, 2) es multifactorial, 3) incluye preguntas específicas para el cáncer de cabeza y cuello y 4) no permite el aporte del proveedor de salud, lo que refleja la calidad de vida tal como lo indicó el paciente", también es concisa, práctica y fácil de completar e interpretar y se correlaciona bien con otros instrumentos como el CES-D, HADS (0.39–0.68, $p<.001$), el SF-36 y el EORTC-QLQ-C30 ($p<0.001$) (Rogers et al., 2006; Rogers et al., 2002; Rogers et al., 1998).

La versión 1 de este instrumento tenía nueve dominios: dolor, actividad, recreación, empleo, desfiguración, habla, deglución, masticación y función del hombro (Hassan & Weymuller, 1993). Posteriormente, la UW-QOL se ha sometido a tres revisiones principales desde que se publicó por primera vez (Tabla 4). En la versión 2, los nueve dominios originales fueron seguidos cada uno por una escala de calificación de importancia, y se agregaron tres nuevas preguntas de "calidad de vida" de un solo elemento (Deleyiannis, Weymuller & Coltrera, 1997). Estos fueron útiles ya que introdujeron conceptos de importancia y medidas globales de calidad de vida. Otro cambio importante fue la adición de un área de "texto libre", donde los pacientes podían hacer sus propios comentarios (Millsopp, Humphris, Lowe & Rogers, 2003).

En la versión 3, se agregaron dos nuevos dominios (sabor, saliva) y se redujo el dominio del empleo. En lugar de pedirles a los pacientes que clasifiquen la importancia de cada dominio individual, esta versión les pidió a los pacientes que indicaran tres dominios que habían sido más importantes para ellos en los últimos siete días (Weymuller et al., 2001; Weymuller et al., 2000). Finalmente, en la versión 4, se agregaron los dominios de ansiedad y estado de ánimo, debido a que la calidad de vida se refiere al impacto físico, emocional y social de las enfermedades y sus tratamientos en la vida de los pacientes (Rogers et al., 2002). Esta versión consta de 12 dominios de pregunta única, que tienen entre 3 y 6 opciones de respuesta escaladas uniformemente de 0 (peor) a 100 (mejor) de acuerdo con la jerarquía de respuestas. Otra pregunta les pide a los pacientes elegir hasta tres dominios que fueron los más importantes para ellos en la semana anterior a la evaluación. Los criterios derivados de trabajos anteriores (Rogers & Lowe, 2009) se utilizaron para determinar si los pacientes tenían "problemas significativos" en dominios específicos, basándose estos criterios en una

combinación de puntajes de dominio e importancia del dominio (Rogers et al., 2002; Rogers et al., 2006).

Tanto la evolución del cuestionario como el número sustancial de estudios publicados que utilizan UW-QOL en combinación con otras medidas ha facilitado su validación rigurosa (Lowe & Rogers, 2018). Los dominios de la UW-QOL se agrupan para su presentación dentro de dos subescalas: función física (apariencia, deglución, masticación, habla, gusto y saliva) y función socioemocional (dolor, actividad, recreación, hombro, estado de ánimo y ansiedad). Algunas de las respuestas fueron a versiones anteriores de UW-QOL en las que los dominios de sabor, saliva, estado de ánimo y ansiedad y la pregunta de importancia estaban ausentes (Rogers, Lowe et al., 2010). Finalmente, una opción de texto libre para identificar si existe algún problema médico o no médico y que las preguntas no lo abordaron y que sea importante para el paciente (Pateman, Batstone & Ford, 2017).

Finalmente, de acuerdo con Laraway & Rogers (2012) realizaron una búsqueda sistemática sobre las diversas publicaciones que han utilizado la UW-QOL en varios contextos clínicos, incluidas las cohortes de cabeza y cuello en general, oral, nasofaríngeo, oral y orofaríngeo, paratiroides, tiroides y subsitios de la base de la lengua (Laraway & Rogers, 2012). La UW-QOL ha tenido diversas validaciones en otros países (ver tabla 5) donde se ha reportado una Confiabilidad que va desde 0.83 a 0.85. Sin embargo, no se ha reportado la varianza explicada, cabe señalar que todas las validaciones reportadas han obtenido 2 factores denominados “función física y función socio-emocional”. Adicional a esto, la confiabilidad test-retest oscila entre 0.88 y 0.94. La evidencia indica que la UW-QOL es una herramienta valiosa para evaluar con precisión la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Tabla 4. Resumen del desarrollo de la UW-QOL (citada en Lowe & Rogers, 2018).

| Dominio | Versión 1 | Versión 2 | Versión 3 | Versión 4 |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Dolor | X | X | X | X |
| Apariencia | X | X | X | X |
| Actividad | X | X | X | X |
| Recreación | X | X | X | X |
| Tragar | X | X | X | X |
| Masticación | X | X | X | X |
| Habla | X | X | X | X |
| Hombro | X | X | X | X |
| Gusto | - | - | X | X |
| Saliva | - | - | X | X |
| Estado de ánimo | - | - | - | X |
| Ansiedad | - | - | - | X |
| Empleo | X | X | - | - |
| Reactivos globales de QOL | - | X | X | X |
| Texto libre | X | X | X | X |
| Calificación de importancia | - | X | X | X |

Nota: **X**: reactivos presentes. **-**: reactivos ausentes

Tabla 5. Validación de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en otros países.

| Referencia/País | Población/muestra | Consistencia interna | Varianza explicada | Confiabilidad test-retest | Factores |
|-------------------------|---|--|--------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Vartanian et al. (2006) | n= 109 pacientes | $\alpha= 0.74$ | No reporta | ICC = 0.88 | 2 factores: Función física |
| Brasil | | | | | Función socioemocional |
| D'cruz et al. (2007) | n= 147 pacientes Se dividió en 2 muestras: | Hindi $\alpha= 0.79$ | No reporta | (ICC) Marathi= 0.90 | 2 factores: Función física |
| India | -Hindi (n= 86) -Marathi (n= 61) | Marathi $\alpha= 0.78$ | | Hindi= 0,89 | Función socioemocional |
| Nazar et al. (2010) | n= 76 pacientes | $\alpha =0.84$ | No reporta | (ICC)= Entre 0.91 y 0.97 | 2 factores: Función física |
| Chile | | | | | Función socioemocional |
| Chang et al. (2012) | n=56 pacientes | Alfa general= 0.73 | No reporta | No reporta | 2 factores: Función física |
| Korea | | $\alpha= 0.63$ (función física) $\alpha= 0.57$ (función socioemocional) | | | Función socioemocional |
| Senkal et al. (2012) | n=67 pacientes | $\alpha=0.75$ | No reporta | ICC=0.94 | 2 factores: Función física |
| Turquía | | | | | Función socioemocional |

Tabla 5. Continuación de las Validaciones de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en otros países.

| Referencia/País | Población/muestra | Consistencia interna | Varianza explicada | Confiabilidad test-retest | Factores |
|----------------------------|---|--------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Linardoutsos et al. (2014) | n=120 pacientes | Alfa general= 0.85 | No reporta | No reporta | 2 factores: Función física |
| Atenas, Grecia | | $\alpha=0.79$ (función física) | | | Función socioemocional |
| Adnane et al. (2015) | n= 104 pacientes | $\alpha=0.82$ | No reporta | ICC=0.98 | 2 factores: Función física |
| Marruecos | | | | | Función socioemocional |
| Lee et al. (2017) | n= 211 pacientes | $\alpha=0.78$ | No reporta | ICC=0.88 | 2 factores: Función física |
| Taiwán | Cáncer de cavidad oral (n = 109) Cáncer de laringe (n = 102) | | | | Función socioemocional |

SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Los tratamientos para pacientes con cáncer de CyC son algunos de los más debilitantes y desfigurantes de todos los tratamientos contra el cáncer. Los pacientes a menudo viven con un deterioro funcional en su calidad de vida dada la importancia que se le da a la apariencia de la cabeza y el cuello, junto con la visibilidad de la enfermedad y las secuelas del tratamiento. El cáncer de CyC es posiblemente el cáncer más traumático psicológicamente que pueda experimentar una persona (Björklund et al., 2010; Neilson et al., 2010; Koster & Bergsma, 1990)

Existen numerosas preocupaciones desde una perspectiva psicológica que se hacen presentes en estos pacientes, incluida la reacción al cáncer en sí, la amenaza a la propia mortalidad, los problemas de imagen corporal (Lozano- Arrazola et al., 2011; Llewellyn et al., 2006), temores al tratamiento (cirugía, radiación y quimioterapia) y la posible desfiguración facial, ya que es particularmente un reto difícil para la adaptación debido a que el rostro está en un área visiblemente prominente de la anatomía y refleja el ánimo, intelecto y emoción, y sirve como un medio de comunicación con los demás, problemas familiares, problemas sociales y vocacionales, y respuestas psicológicas anormales como ansiedad y depresión (Cogwell & Anderson, 2001), malestar emocional (Verdonck-de Leeuw et al., 2007) y falta de apoyo social (De Boer et al., 1999).

Fingeret et al. (2012) evaluaron a 280 pacientes quirúrgicos con cáncer de CyC en diferentes etapas de la trayectoria de la enfermedad (incluidos aquellos menores o mayores etapas de un año después del tratamiento) con respecto a la insatisfacción con la imagen

corporal y su relación con la calidad de vida específica por la afección. Se informó que más de la mitad de los pacientes expresaron preocupación frecuente por los cambios en la apariencia, a un tercio le hubiera gustado tener recursos adicionales para ayudar hacer frente a esas preocupaciones y la insatisfacción con la imagen corporal autodeclarada predijo peores resultados de la calidad de vida que incluyen aspectos emocionales, funcionales, físicos y bienestar social.

Por otro lado, Katz et al. (2003) reportaron de manera similar que la desfiguración (evaluada a través de las calificaciones de observadores) se relacionó significativamente con la depresión en 82 pacientes con cáncer de CyC aproximadamente dos años retirados del tratamiento.

Ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Definición de ansiedad

La ansiedad se define como un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas (Maté et al., 2004).

La prevalencia de sintomatología ansiosa en pacientes con cáncer de CyC es de 35%. La incidencia entre sintomatología ansiosa y depresiva clínicamente significativas oscila entre 20%-46%, medida hasta seis años después del tratamiento (Katz et al., 2004).

En Japón, Suzuki et al. (2016) evaluaron a 194 pacientes con el objetivo fue examinar el impacto de los síntomas físicos, la desfiguración facial, la idoneidad de la información preoperatoria y el apoyo social sobre la ansiedad y la depresión, encontraron que más del 25% mostraron sintomatología ansiosa o depresiva. Los niveles más altos de apoyo social se asociaron con tasas más bajas de ansiedad y depresión ($p < 0.01$). Los problemas sensoriales se asociaron con la ansiedad, mientras que la reducción de la sexualidad se asoció con la depresión ($p < 0,01$), concluyendo que los pacientes experimentan ansiedad y depresión durante un período prolongado; sin embargo, el apoyo social puede aliviar la gravedad de estos trastornos.

Datos de un estudio prospectivo realizado por Wu et al., (2016) cuyo objetivo fue evaluar las morbilidades psiquiátricas y compararlo con su calidad de vida en donde evaluaron a 106 pacientes, encontraron altos índices de ansiedad en el pretratamiento, pero disminuyeron constantemente con el tiempo (de 27.3% a 6.4%, y más tarde 3.3%). Se observó un patrón sesgado de depresión, con tasas de prevalencia desde el 8,5% al pretratamiento hasta el 24,5% y el 14% a los 3 y 6 meses, respectivamente, después del tratamiento. También se encontró que la pérdida de sentido ($p = 0.001$), la pérdida del habla ($p < 0.001$), la libido baja ($p = 0.001$), la boca seca ($p < 0.001$) y la pérdida de peso ($p = 0.001$) se relacionaron con la depresión. Los pacientes deprimidos tenían un consumo mayor de analgésicos ($p = 0,001$) y suplementos alimenticios ($p < 0,001$). Los resultados mostraron que la depresión se predijo con saliva pegajosa ($p < 0,001$) y problemas con el contacto social ($p < 0,001$) a los 3 meses, y problemas con la alimentación social ($p < 0,001$) a los 6 meses.

Depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Definición de depresión

La depresión se define como una experiencia de falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, 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, 2017).

La depresión, ya sea como sintomatología depresiva subclínica o trastorno depresivo clínico, es bastante común en los pacientes con cáncer de CyC y puede ocurrir durante el curso de la enfermedad, a meses después de concluir el tratamiento (Massie, 2004; Pirl, 2004). Howren et al. (2013) señalan que la base de la sintomatología depresiva es probablemente multifacética y puede ser una función del diagnóstico en sí, la presencia de una enfermedad y las secuelas del tratamiento, la disminución de la calidad de vida y la posibilidad de progresión de la enfermedad, recurrencia o muerte.

Se ha estimado que la depresión en los pacientes con cáncer de CyC oscila entre un 22% -57% y es más prevalente que en otros tipos de cáncer (Massie, 2004). Sin embargo, las estimaciones varían según el método de evaluación (las medidas de autoinforme frente a la entrevista diagnóstica), pero indica que entre aproximadamente el 15% y el 50% sufre algún grado de depresión en cualquier momento (Haisfield-Wolfe et al., 2009; Lydiatt et al., 2009) y puede afectar la adherencia al tratamiento, las conductas de autocuidado, la resocialización y los aspectos de la calidad de vida (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000).

Los pacientes con cáncer de CyC presentan más del 40% de sintomatología depresiva durante el curso de su tratamiento (Duffy et al., 2002), 22% al momento del diagnóstico, 24%

a los tres meses después del diagnóstico, menos de 20% a los 12 meses después del diagnóstico, 10% a los 36 meses, siendo el cáncer de cavidad oral el que presenta 60% de sintomatología depresiva postquirúrgica que disminuye a menos de 30% después de seis meses del diagnóstico (Lozano-Arrazola et al., 2011).

Un estudio prospectivo realizado por Paula et al (2012) en donde evaluó los síntomas de depresión en 41 pacientes sometidos a radioterapia. Los datos obtenidos indicaron que al inicio del tratamiento apenas 12,1% de los pacientes presentaban esos síntomas y al final 21,9% de los pacientes presentaron síntomas de depresión. La proporción de pacientes con depresión en el inicio del tratamiento fue igual a 7,3% y al final 9,7%. Es decir, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la primera ($p=0.001$) y la tercera medición ($p=0.023$).

Horney et al. (2011) evaluaron a 103 pacientes e identificaron si la ansiedad y la depresión están relacionadas con la calidad de vida, los estilos de afrontamiento y el optimismo disposicional. Los resultados indicaron que la calidad de vida, en particular el rol emocional, explicó una gran proporción de la variación en la ansiedad y la depresión antes del tratamiento. Además, el uso de estilos de afrontamiento negativos se relacionó con niveles altos de ansiedad y niveles bajos de optimismo se relacionaron con niveles más altos de depresión. Las puntuaciones medias para la ansiedad ($M= 7,30$; $SD= 4,28$) y la depresión ($M= 4,49$; $SD= 3,99$) fueron bajas, con niveles más altos de ansiedad que la depresión, 22% y 6% de los participantes tenían puntuaciones que indicaban probables ansiedad clínica y depresión, respectivamente.

Neilson et al. (2010) evaluaron a 102 pacientes antes y después de la radioterapia, las puntuaciones medias de depresión aumentaron significativamente desde antes hasta después

del tratamiento, mientras que las puntuaciones de ansiedad disminuyeron significativamente durante el mismo período. La prevalencia de depresión leve a severa fue del 15% antes del tratamiento y del 31% después del tratamiento. La prevalencia de síntomas leves a severos de ansiedad fue del 30% antes del tratamiento, reduciéndose al 17% después del tratamiento. La depresión posterior al tratamiento fue predicha por la depresión previa al tratamiento y la quimioterapia recibida. La ansiedad posterior al tratamiento fue predicha por la ansiedad antes del tratamiento y el sexo masculino.

Un estudio realizado por Howren, Christensen, Karnell & Funk (2010) encontraron que el efecto depresivo subclínico presente en el momento del diagnóstico y antes del inicio del tratamiento, se asoció con una calidad de vida más deficiente un año después de ajustar los valores iniciales de la calidad de vida, así como la edad, el sexo, el estado civil, el sitio de la enfermedad y etapa, consumo de alcohol y tabaco, y comorbilidades físicas. Específicamente, aquellos pacientes que obtuvieron una puntuación de 10 o más en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), adicional, no lograron recuperar el funcionamiento normal al cabo de un año después del diagnóstico a través de cada uno de los cuatro dominios específicos de CyC, incluidos el habla, la alimentación y el facial, estética y interrupción social según lo medido (Funk et al., 2003).

Otras afectaciones psicosociales en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

Definición de malestar emocional

Cabe señalar, que estos pacientes también experimentan algún grado de malestar emocional (ME) asociado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer en varios estadios de la enfermedad. El malestar emocional se define como "una experiencia emocional desagradable de tipo psicológico (cognitivo, conductual, emocional) de naturaleza social y/o espiritual que puede interferir con la capacidad de afrontar eficazmente el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento" (Holland et al., 2010). Los niveles elevados de ME se asocian con una mala calidad de vida, una menor supervivencia y una menor satisfacción del paciente y mal cumplimiento con el tratamiento (Tuinman, Gazendam-Donofrio & Hoekstra-Weebers, 2008).

Las guías de práctica para el manejo de malestar emocional de La Red Nacional Americana de Cáncer Integral (NCCN, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, introdujeron el termómetro de malestar emocional, una medida fácil de entender y de autoinforme, en la cual, mediante una escala analógica visual, se les pide a los pacientes que califiquen su malestar emocional en una escala análoga visual (un termómetro) de 0 (sin angustia) a 10 (angustia extrema). La evidencia sostiene que es altamente válido y utilizable en varios grupos de pacientes con cáncer (Lewis, Salins, Kadam & Rao, 2013; NCCN, 2013; Lowery & Holland, 2011). Este grupo de pacientes tienen cantidades altas de malestar emocional debido a la posibilidad de la desfiguración física ya sea por la progresión de la enfermedad y/o al tratamiento, así como al deterioro de funciones básicas como comer, hablar y respirar. Un gran número de pacientes sometidos a radioterapia por cáncer de CyC tienen síntomas de ME (Lowery & Holland, 2011; Frampton, 2001;).

Lewis et al. (2013) evaluaron la detección prospectiva de malestar emocional a 30 pacientes con cáncer de CyC sometidos a radioterapia, reportando que el malestar emocional se observó en el 23.3% de los pacientes antes de comenzar la radioterapia y la incidencia alcanzó un máximo de 43.3% 4 semanas durante la radioterapia y 50% al finalizar y permaneció igual incluso a las 4 semanas después de la radioterapia.

Los datos de un estudio realizado por Pandey et al. (2007) para evaluar la relación de malestar emocional con síntomas de ansiedad y depresión en 123 pacientes, indicaron como resultado el puntaje de malestar emocional de 24. El puntaje promedio de ansiedad fue 4.68 4.9 (rango 0-19) y para la depresión fue 5.05 (rango de 3-7), se observó una correlación significativa de ansiedad con distrés ($r= 0.68$), la depresión se correlacionó con la angustia emocional ($r= 0.614$), la angustia global ($r= 0.568$). Tanto la ansiedad como la depresión mostraron correlaciones significativas con la actividad de la vida diaria ($r= 0.199$ y $r=0.263$).

Por otro lado, el miedo a la recurrencia del cáncer no es simplemente un estado afectivo transitorio que se manifiesta al concluir el tratamiento, sino que es un constructo multidimensional que captura el miedo o la preocupación (y las conductas disfuncionales relacionadas) asociadas con la posibilidad de que uno pueda enfrentarse a otro diagnóstico de cáncer (Simard et al., 2010; Lee-Jones et al., 1997).

En pacientes con cáncer de CyC, el miedo a la recurrencia se ha identificado como una preocupación principal (Rogers, Scott et al., 2010; Rogers, El-Sheikha & Lowe, 2009) que afecta de la mitad a más de tres cuartos de los pacientes (Campbell, Marbella & Layde, 2000). Sin embargo, existen pocos estudios que han investigado correlatos clínicos y psicosociales de miedo a la recurrencia, incluido su impacto en la calidad de vida de esta población (Howren et al., 2012).

En un estudio prospectivo de 189 pacientes en postratamiento, Ghazali et al. (2013) investigaron los factores predictivos de miedo a la recurrencia significativa o extrema. Encontraron que el 35% de los pacientes experimentaron miedo a la recurrencia significativa (30% de forma persistente), indicaron que los problemas de la edad y la depresión/ansiedad eran predictivos de miedo a la recurrencia significativa.

Cabe mencionar que el consumo continuo de tabaco y alcohol quizás sea el problema más importante que enfrentan los pacientes y médicos de CyC, uso continuo de tabaco y alcohol más allá del diagnóstico que afecta negativamente la eficacia del tratamiento, la calidad de vida y la supervivencia (Mayne, Cartmel, Kirsh & Goodwin, 2009; Hall, Groome & Rothwell, 2000; De Boer et al., 1998). A pesar de la evidencia limitada, se han identificado varios factores psicosociales y de comportamiento que pueden perpetuar el uso continuo de tabaco y alcohol y/o disminuir la calidad de vida en los pacientes con cáncer de CyC, incluidos el sufrimiento psicológico, la motivación para dejar de fumar, las creencias y atribuciones de la enfermedad, la autoeficacia percibida y las percepciones de riesgo del paciente (Christensen et al., 1999).

Otro de los factores psicosociales a considerar es el apoyo social, es definido como la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente (emocional/informativo, tangible, emocional e interacciones sociales positivas), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002).

En la actualidad, relativamente pocos estudios han investigado hasta qué punto el apoyo social pueden beneficiar a este grupo de pacientes. Aunque muchos estudios han demostrado los beneficios del apoyo social en numerosas poblaciones de cáncer, particularmente el cáncer de mama (Falagas et al., 2007; Helgeson & Cohen, 1996).

A menudo, los pacientes con cáncer de CyC pueden requerir más apoyo durante el tratamiento y la recuperación. Por ejemplo, los problemas relacionados con el habla/comunicación y la desfiguración facial suelen estar presentes después del tratamiento. Tales problemas pueden preceder al aislamiento social y la depresión, lo que puede afectar la adherencia a los regímenes de autocuidado o rehabilitación (DiMatteo et al., 2000) así como influir en el abandono del tabaco y el alcohol, que es de vital importancia en esta población.

Karnell et al., (2007) evaluaron a 400 pacientes con cáncer de CyC e informaron que un mayor apoyo social percibido medido un año después del diagnóstico se relacionó con una calidad de vida global y específica. Los niveles más altos de apoyo social se asociaron significativamente con puntuaciones más altas (mejores) en el habla ($p=.007$) y la estética ($p=.015$). Las puntuaciones de apoyo social más altas también se asociaron con menos síntomas depresivos ($p=.023$) y puntuaciones de salud mental general más altas (mejores) ($p=.016$), pero no con la salud física general ($p=.191$).

De acuerdo con Rogers et al. (2007) y Penedo et al. (2012) el apoyo social adecuado tiene beneficios para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello para sobrellevar los síntomas, disminuir la ansiedad y la depresión y al prevenir el aislamiento social, proporciona beneficios para asegurar la relación entre el individuo y su entorno social.

Cabe señalar que en México existe evidencia una limitada sobre la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva y cómo estas variables influyen sobre la calidad de vida de este grupo de pacientes con cáncer de CyC y que este grupo de pacientes ha sido poco estudiado en nuestro país.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO

Medición

La psicología es una ciencia fáctica que mide los atributos o características psicológicas del ser humano y para su realización requiere de instrumentos psicométricos. Se considera una disciplina cuya finalidad intrínseca es aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación psicológica (Aliaga-Tovar, 2006).

A menudo, la psicología estudia fenómenos que no pueden observarse directamente, pero los cuales pretenden medirse, y para esto se usan aproximaciones indirectas. La depresión, ansiedad, calidad de vida, entre otros, son ejemplos de constructos empleados para referirse a este tipo de fenómenos y que son parte de un sujeto determinado. Así mismo, su medición suele conllevar el uso de indicadores observables, por ejemplo, las respuestas de una persona a las preguntas de un cuestionario, y lo cual va a depender de las garantías científicas de dicho cuestionario (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Sin embargo, la legitimidad y eficiencia de estos cuestionarios dependen de su validez y confiabilidad (Prieto y Delgado, 2010).

De acuerdo con Carmines y Zeller (1991, citados en Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2006) la medición se define como “el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”, el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores), en términos del concepto que el investigador tiene en mente. En este proceso, el instrumento de medición o de recolección de datos tiene un papel central. Sin él, no hay observaciones clasificadas. Por lo tanto, un instrumento de medición adecuado es aquel que

registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente (Grinnell, Williams y Unrau, 2009 citados en Hernández-Sampieri et al., 2006).

Ahora bien, basados en Mendoza y Garza (2009) las escalas son instrumentos de medición que comprenden un conjunto de ítems y estos ítems permiten identificar distintos niveles de las variables teóricas que no son directamente observables. Estos instrumentos de medición ayudan a comprobar, lo que la teoría busca explicar en fenómenos existentes que no son visibles, sin embargo, influyen en la conducta. Así, si el comportamiento no nos permite explicar el fenómeno, es de mayor utilidad evaluar los constructos mediante una escala cuidadosamente diseñada y validada (DeVellis, 1991).

La medición se enfoca en la relación esencial entre los indicadores empíricamente basados, que se convierten en la respuesta observable y los constructos o conceptos no observables que fundamentan la explicación. Al respecto, esta situación bien desarrollada permite que en el análisis de los indicadores se puedan obtener inferencias útiles entre los conceptos no observables en estudio. Además, la medición en este sentido aporta, una aplicación empírica de los enunciados teóricos (Carmines & Zeller, 1979).

De esta manera, los instrumentos psicométricos que se utilizan en psicología para la medición de los atributos psicológicos son un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado (Rey, 1973, citado en Aliaga-Tovar, 2006). Ahora bien, toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

Confiabilidad

Uno de los aspectos más importantes de la medición objetiva, es que sea estable. Es decir, si se aplica el instrumento en reiteradas ocasiones a un individuo X, en todas las oportunidades, y bajo las mismas condiciones, el resultado obtenido sea similar (Fernández, 2008; Hernández, Fernández y Baptista, 2013). La confiabilidad es la precisión con que el instrumento mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación (Anastasi, 1986). La confiabilidad de una prueba se refiere a la consistencia de las calificaciones obtenidas por las mismas personas en ocasiones diferentes o con diferentes conjuntos de reactivos equivalentes (Anastasi, 1966).

Por otro lado, Nunally y Bernstein (1995) afirman que la confiabilidad refleja la medida en que la evaluación realizada con un instrumento es replicable y cuando la estabilidad no es de un 100%, se sabe que incorpora errores de medición, variaciones aleatorias o sistemáticas que afectan a todos los instrumentos en general. Aunado a esto, un instrumento de medición tiene un grado alto de confiabilidad si es afectado mínimamente por elementos que representan el error de medición aleatorio (Mendoza y Garza, 2009).

Sin duda, la estimación de la confiabilidad de un instrumento nos permite determinar el grado de certeza con que un instrumento llegará a resultados similares en distintas mediciones para un mismo individuo. Cabe señalar que esto ocurrirá siempre y cuando el rasgo medido no sea susceptible a altas variaciones dentro del tiempo en que se realiza su evaluación (Fernández, 2008).

De igual manera, la estimación de la confiabilidad de una prueba se realiza con una muestra de individuos de una población determinada, adicional, es necesario considerar su

nueva estimación al aplicar un instrumento a una muestra distinta a la original. Por lo que tanto el usuario de instrumentos, quien los elabora, como quien adapta una prueba o escala, deberá conocer la población de estandarización del instrumento antes de utilizarlo y se constituye en un requisito fundamental estimar la confiabilidad de una medición, cuando se aplica a una nueva población (Fernández, 2008).

Otro aspecto relevante, es atender a las distintas formas de confiabilidad que se conocen en la literatura psicométrica. La forma clásica de resolver los problemas de error de medición que implica la aplicación de instrumentos objetivos ha sido correlacionar los resultados obtenidos para un grupo de sujetos en particular con los resultados obtenidos en otro momento por dicho grupo. A esto se le conoce como confiabilidad test-retest y además de entregar información acerca de la estabilidad temporal de una prueba, es una forma útil para evaluar los rangos de tiempo en que se espera que un constructo, variable u objeto de medición, permanezca estable a lo largo del tiempo (Mendoza y Garza, 2009).

La mayoría de las pruebas objetivas deben referirse a su estabilidad temporal, informando el periodo entre evaluaciones que se utilizó para estimar este tipo de confiabilidad. De esta manera, quien construye una prueba o quien adapta un instrumento, debe considerar este aspecto, y si desconoce cuánto tiempo sería apropiado para re-aplicar la prueba, debe establecer un rango de tiempo adecuado entre aplicaciones. En este sentido, las hipótesis lógicas que se extraen del constructo u objeto de la medición en cuestión nos permitirán ajustar el criterio de estabilidad temporal (Fernández, 2008).

El segundo tipo de confiabilidad es la estimación de la consistencia interna, implica a una sola aplicación del instrumento y se considera como la forma más utilizada en la actualidad para estimar la estabilidad de una prueba en una sola aplicación, es el coeficiente

de alfa de Cronbach (α). La obtención estadística de dicho indicador es una medida ampliamente difundida de la confiabilidad de una prueba y sería recomendable estimarla siempre que se realice la construcción o adaptación de instrumentos. Adicional a esto, el índice de consistencia interna (alfa de Cronbach), tiene la garantía que representa la estimación más baja de la consistencia interna de un instrumento de medición, y es el criterio mínimo necesario para estimar la confiabilidad. Si se trabaja con instrumentos que miden un solo constructo, rasgo u objetivo directo, se torna fácil de establecer y todos los programas de análisis estadístico lo calculan rápidamente (Mendoza y Garza, 2009).

Sin embargo, si el objetivo de una medición abarca variables latentes diversas, que componen un constructo o diversos ámbitos de una evaluación integral, será necesario estimar el coeficiente de alfa de Cronbach de forma independiente para cada una de las dimensiones de un instrumento, por último, enfatizar que cada vez que se adapte o construya un instrumento de medición objetivo, es necesario informar de su consistencia interna (Fernández, 2008). Finalmente, Gempp (2006) afirma que el criterio general para determinar un valor apropiado de una consistencia interna tiene que ser un valor que supere $\alpha = 0.70$.

Validez

La validez es un aspecto esencial de la medición psicológica y se relaciona con la investigación del significado teórico de las puntuaciones obtenidas por medio de un test (Elosua-Oliden, 2003).

De acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2006) la validez se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Se conecta directamente con

la comprobación empírica, requiriendo que un instrumento concuerde en la práctica con la interpretación que se le desea dar. Sin embargo, se requiere de un fuerte énfasis en aspectos teóricos acerca del constructo que se evalúa y un cuidadoso diseño de investigación para generar dicha evidencia (Fernández, 2008). Adicional, consiste en demostrar que la interpretación de las puntuaciones de esta tiene el significado que se postula a través de pequeños estudios que así lo demuestran (Cronbach, 1998).

Así mismo, la validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia como: 1) evidencia relacionada con el contenido, 2) evidencia relacionada con el criterio y 3) evidencia relacionada con el constructo. A continuación, se describe cada una de ellas.

La evidencia de validez de contenido permite determinar si el instrumento que se construye o adapta representa adecuadamente todos los dominios de reactivos u observaciones que implica el constructo o la conducta que se desea evaluar (Aliaga-Tovar, 2006).

Para Hernández-Sampieri et al., (2006) se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. El dominio de contenido de una variable normalmente está establecido por la literatura (teoría y trabajos antecedentes) y en cada investigación uno debe probar que el instrumento utilizado es válido. Con esto en mente, su lógica en muchos aspectos, así como en sus métodos, es esencialmente la del método científico, pudiendo verse como la elaboración de una “miniteoría” acerca de una prueba y cuyas hipótesis deben someterse a contraste con evidencias que provengan de diferentes fuentes de validez entendidas como estrategias de validación, en vista que cada tipo de inferencia requerirá una estrategia distinta para la obtención de las evidencias (Aliaga-Tovar, 2006).

La evidencia de validez de criterio representa la relación que tiene el resultado de la aplicación de una prueba con alguna otra medida del constructo o variable que se busca evaluar. El criterio debe ser relevante, adecuado y se deben conocer sus sesgos antes de seleccionarlo como tal; sin embargo, es una evidencia empírica importante en la comprobación de lo que significan las puntuaciones de una prueba (Cronbach, 1998). Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento, cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con los del criterio, la validez será mayor (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Aunado a esto, se han generado formas de distinguir la validez de criterio de acuerdo con el tipo de relación que se establezca con el instrumento de medición en estudio. Es así como la validez concurrente o validez convergente alude a la relación directa que tenga una prueba con otra medición del constructo o las variables que se evalúan. La validez divergente hace referencia a la ausencia de relación significativa o una correlación negativa entre el instrumento que se construye o adapta, con pruebas que midan fenómenos poco relacionados u opuestos al constructo evaluado. La validez predictiva, incorpora la clasificación de características del constructo que se evalúa con una prueba, las cuales se conozcan y puedan ser correctamente determinadas con la aplicación del instrumento que se está construyendo o adaptando (Fernández, 2008).

Finalmente, la validez de constructo es probablemente la más importante y se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico (Hernández-Sampieri et al., 2006). Por su parte, a este tipo de validez le concierne en particular el significado del instrumento, lo que significa, qué está midiendo y cómo opera para medirlo. Así mismo,

integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento (Messick, 1995, citado en Hernández-Sampieri et al., 2006).

Validar un constructo significa poner a prueba inferencias que se extraen del marco teórico que sustenta lo que se busca medir con un instrumento. Es decir, confirmarse las hipótesis, se contaría con algún apoyo empírico de la utilidad del instrumento para evaluar el constructo (Fernández, 2008).

Adicional a esto, parte del grado en el que las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con mediciones de otros conceptos o variables vinculadas empírica y teóricamente (por la teoría, modelos e hipótesis previas o investigaciones antecedentes). A tales conceptos se les denomina “constructos” y se considera como una variable medida y tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico.

Basados en Carmines y Zeller (1991, citados en Hernández-Sampieri et al., 2006) la validez de constructo incluye tres etapas:

1. Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.
2. Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

De esta manera, el proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No sería conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que

soporte la variable en relación con otras variables. Cabe mencionar que no es necesaria una teoría muy desarrollada, pero sí investigaciones que hayan demostrado que los conceptos se asocian. Cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del constructo arrojará mayor luz sobre la validez general de un instrumento de medición. Tenemos más confianza en la validez de constructo de una medición cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que, en teoría y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Por otra parte, existe otra forma de aproximarse a la validez de constructo y que es ampliamente difundida en la disciplina, ha sido el uso de las técnicas de análisis factorial para extraer las dimensiones o variables latentes que subyacen en un instrumento de medición. Esta aproximación constituye una herramienta útil de aplicar a la construcción y adaptación de instrumentos, ya que sin duda avala su solidez, adicional a esto, existen muchos abusos de este método que lo proponen como una medida acabada de la validez de constructo (Rust & Golombok, 1999).

De acuerdo con Kerlinger y Lee (2002) el análisis factorial como evidencia de validez es bastante informativo, concluyente cuando se elabora un instrumento. Si existen, por ejemplo, imprecisiones en las dimensiones o significados de los reactivos de una prueba, esta técnica tiende a agrupar conglomerados de ítems que comparten variabilidad común. De este modo, es posible refinar y ajustar el instrumento para que sea una medida más ajustada a la realidad, eliminando factores que no se explican, estableciendo si se trata de un instrumento unidimensional o multidimensional y eliminando redundancias o ambigüedades que emergen del análisis factorial exploratorio.

Por último, la validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de todos los tipos de evidencia. Cuanta mayor evidencia de validez de contenido, de validez de criterio y de validez de constructo tenga un instrumento de medición, éste se acercará más a representar las variables que pretende medir, a esto se le denomina, validez total (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Factores que pueden afectar la confiabilidad y validez de un instrumento

De acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2006) existen diversos factores que llegan a afectar la confiabilidad y la validez de los instrumentos de recolección de datos y que introducen errores en la medición, los cuales se describen a continuación.

1) Utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en nuestro contexto: cultura y tiempo. El primer paso que se requiere es traducir un instrumento, sin embargo, aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje y los contextualicemos, no es ni remotamente una validación. En el caso de traducciones, es importante verificar que los términos centrales tengan referentes con el mismo significado o alguno parecido en la cultura en la que se va a utilizar dicho instrumento. Al traducir un instrumento, se obtiene una versión y ésta, a su vez, se vuelve a traducir al idioma original (traducción inversa).

No obstante, existen instrumentos que fueron validados en nuestro contexto, pero hace mucho tiempo. Hay instrumentos en los que hasta el lenguaje “nos suena anticuado”. Las culturas, los grupos y las personas cambian; y esto debemos tomarlo en cuenta al elegir o desarrollar un instrumento de medición.

2) Usar instrumentos inadecuados para las personas a quienes se les aplica: no son empáticos. Otro error a que puede llegar a afectar la confiabilidad y validez, no tomar en cuenta diferencias de género, edad, conocimientos, memoria, nivel ocupacional y educativo, motivación para contestar, capacidades de conceptualización y otras diferencias en los participantes, así como utilizar un lenguaje muy elevado para los sujetos respondientes. Este error ocurre a menudo cuando los instrumentos deben administrarse a niños, personas con capacidades distintas, grupos indígenas o inmigrantes de otras culturas ya que requieren instrumentos apropiados para ellos, pues en ocasiones se les aplican instrumentos en un idioma o contexto que no es el suyo. Sin embargo, quien realiza una investigación debe adaptarse siempre a los participantes y no al revés, ya que es necesario brindarles todo tipo de facilidades.

c) Cuestiones vinculadas con los estilos personales de los participantes como: deseabilidad social (tratar de dar una impresión muy favorable a través de las respuestas), tendencia a asentir con respecto a todo lo que se pregunta, dar respuestas inusuales o contestar siempre negativamente.

d) Condiciones en las que se aplica el instrumento de medición. Otro aspecto que considerar y que es de mucha relevancia, son las condiciones en las que los instrumentos son aplicados, el ruido, la inadecuada iluminación, el frío, un instrumento demasiado largo o tedioso, son cuestiones que llegan a afectar negativamente la validez y la confiabilidad, al igual que si el tiempo que se brinda para responder al instrumento es inapropiado.

La falta de estandarización es otro factor que influye, que las instrucciones no sean las mismas para todos los participantes, el orden de las preguntas sea distinto para algunos individuos, los instrumentos de observación no resulten equivalentes, que el procedimiento

para administrar la medición no sea exactamente el mismo para todos los casos, que no sean legibles las instrucciones, falten páginas, no haya espacio adecuado para contestar o no se comprendan las instrucciones, también influyen de manera desfavorable. Este elemento también se vincula con la objetividad.

Con respecto a la validez de constructo dos factores pueden afectarla significativamente:

a) La estrechez del contenido, es decir, que se excluyan dimensiones importantes de la variable o las variables medidas.

b) La amplitud exagerada, donde el riesgo es que el instrumento contenga excesiva intrusión de otros constructos similares.

METODOLOGÍA

Estudio I. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON VERSIÓN 4 (UW-QOLV4) EN UNA MUESTRA MEXICANA DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Planteamiento del problema y justificación

A menudo, los pacientes con cáncer de cabeza y cuello deben enfrentarse a una patología perjudicial y sus diversos tratamientos que resultan significativos y que impactan sobre la calidad de vida durante muchos años, incluso después del tratamiento (Bjordal & Bottomley, 2017; La Mantia et al., 2017; Broglie et al., 2013; Melo Filho et al., 2013; Sayed et al., 2009; Argiris et al., 2008; Murphy et al., 2007; Rogers et al., 2007; List & Bilir, 2004; Terrell, 1999).

La evaluación de la calidad de vida ha sido reconocida en los últimos años debido al amplio impacto funcional de la enfermedad y el tratamiento, ayuda al equipo multidisciplinario a comprender el efecto de la enfermedad y su tratamiento en la vida del paciente, y también podría convertirse en una herramienta importante para la planificación del tratamiento y tratar de centrarse en aspectos que puedan mejorar las medidas de apoyo (Lowe & Rogers, 2018; Bjordal & Bottomley, 2017; Vartanian et al., 2004; Gibson & Forastiere, 2004; Hanna et al., 2004; Allal et al., 2003; Deleyiannis et al., 1999) y para esto, se evalúa mediante la aplicación de instrumentos genéricos o específicos (Heutte et al., 2014).

La escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) (Hassan & Weymuller, 1993) se considera una herramienta actual para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, combina elementos funcionales, emocionales y

sociales. Adicionalmente, es uno de los instrumentos más utilizados, con una adecuada estructura factorial. Las diversas validaciones que se han realizado en otros países, han reportado propiedades psicométricas satisfactorias y han concluido que es una herramienta valiosa para evaluar con precisión la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Sin embargo, en México, no se encuentra validada la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOL) para evaluar la calidad de vida en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello.

1. Existen diversos instrumentos que evalúan calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, sin embargo, pueden ser muy largos o complicados de aplicar para el cuerpo de salud y de entender para el paciente, por tanto, se estandarizó la UW-QOLv4 ya que surgió como una medida simple, pero clínicamente relevante adecuada para la práctica clínica de rutina e investigación. De acuerdo con la revisión sistemática (Djan & Penington, 2013; Ojo et al., 2012) la UW-QOL es un instrumento que ha reportado apropiadas propiedades psicométricas, ha tenido múltiples validaciones en otros países (ver Tabla 3) y es el más apropiado para evaluar calidad de vida, principalmente la apariencia.
2. No se encuentra validado en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello.
3. Las ventajas del cuestionario UW-QOL de cabeza y cuello son:
 - a) Es breve y autoadministrado y refleja la calidad de vida según lo indicado por el paciente (Hassan & Weymuller, 1993).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida de la universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello?

Objetivos

General

Determinar las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (consistencia interna, varianza explicada y validez concurrente).

Específicos

- 1) Realizar la traducción y re-traducción de la UW-QOLv4.
- 2) Realizar el jueceo por expertos.
- 3) Realizar la prueba piloto de la UW-QOLv4 con el objetivo de evaluar la redacción, expresiones confusas y dificultad, posteriormente realizar los cambios pertinentes.
- 4) Determinar la validez de constructo por medio de un análisis factorial por componentes principales con rotación Varimax.
- 5) Determinar la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach.
- 6) Determinar la estabilidad a lo largo del tiempo (test-retest).

Hipótesis

H1. Habrá un consenso igual o mayor a 90% entre los expertos respecto a los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje apropiado para la población, validez teórica, validez aparente y validez de contenido.

H2. Existirá un consenso igual o mayor al 90% respecto a los criterios de dificultad, confusión, palabras difíciles y lenguaje ofensivo.

H3. Los ítems sometidos al análisis factorial presentarán una varianza explicada del 40%.

H4. La UW-QOLv4 obtendrá una consistencia interna ≥ 0.70 .

H5. La UW-QOLv4 obtendrá una fiabilidad test-retest ≥ 0.70 .

Variables

Tabla 6. Descripción de las variables para el estudio I.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|-----------------------|--|--|
| Calidad de vida | Es un constructo multidimensional en el cual el individuo realiza una evaluación subjetiva del impacto que provoca una enfermedad o tratamiento en su funcionamiento físico, psicológico, social y somático en su bienestar general (Rogers et al., 2007). | La calidad de vida se obtendrá mediante los niveles identificados en la UW-QOLv4 desarrollado por Rogers et al., (2002). Consta de 12 dominios de pregunta única. Los dominios son dolor, apariencia, actividad, recreación, deglución, masticación, habla, hombro, gusto, saliva, estado de ánimo y ansiedad. El cuestionario completo se enfoca en la salud y calidad de vida actual del paciente en los últimos 7 días. |
| Síntomas de ansiedad | La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático (Maté et al., 2004). | La sintomatología de ansiedad se identificó mediante las puntuaciones de la sub-escala de ansiedad de la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por Zigmond & Snaith (1983), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Con puntos de cohorte: 0-5 sin ansiedad 6-8 ansiedad leve 9-11 ansiedad moderada ≥ 12 ansiedad grave |
| Síntomas de depresión | Experiencia de falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, 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, 2017). | La sintomatología de depresión se identificó mediante las puntuaciones de la sub-escala de depresión de la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Con puntos de cohorte: 0-5 sin depresión 6-8 depresión leve 9-11 depresión moderada ≥ 12 depresión grave |

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017)

De acuerdo con Nunnally (1991) para validar un instrumento con una muestra representativa se requiere como mínimo 10 participantes por reactivo.

12 reactivos x 10 participantes= 120 participantes.

120 participantes + 20 % para el piloteo + 20% de pérdidas. **n=160.**

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico oncológico de cabeza y cuello.
2. Participación voluntaria mediante la comprensión y aceptación de la carta de consentimiento informado.
3. En tratamiento activo y en periodo de seguimiento.
4. Cualquier etapa clínica.
5. Índice Karnofsky ≥ 70 .
6. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 1 y 2.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a alguna sustancia psicoactiva.
2. Pacientes que presenten cáncer doble primario o que pertenezca a otro servicio.

Criterios de eliminación

1. Que durante el llenado de los instrumentos él (la) participante decida no seguir participando.
2. Que el (la) participante no termine de llenar los instrumentos.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se presenta en esta investigación es de tipo instrumental, no experimental (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Procedimiento y proceso de obtención de consentimiento informado

Se solicitó a los autores del instrumento UW-QOLv4 Rogers et al. (2002) permiso para realizar la validación del instrumento en México con la autorización que fue otorgada a través de un correo electrónico la confirmación (ver Apéndice 1).

El proceso de adaptación cultural comenzó con una traducción del cuestionario original en inglés al español mexicano. El proceso de traducción se realizó por dos psicólogos expertos en el área de psico-oncología a partir de la versión de Rogers et al., (2002). Se realizó un jueceo por 7 expertos en el área para evaluar dificultad, confusión, se consideró si la manera en que la pregunta era formulada resultaba ofensiva y en su caso, se preguntaba cómo el participante podría formularla; también se evaluaron la comprensión de las instrucciones y de las opciones de respuesta de acuerdo con lineamientos internacionales (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993) hasta obtener una versión de la escala (ver Apéndice 2).

Posteriormente se realizó la validación por cinco jueces expertos en el área de la psicología de la salud, que evaluaron: pertinencia, redacción, lenguaje apropiado para la población, validez teórica, validez aparente y validez de contenido (ver diagrama 1). Se comenzó con la aplicación del instrumento una vez aprobado el protocolo “Factores médicos, sociodemográficos y psicológicos predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello” (018/034/OMI) (CEI/1272/18) por el comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, México. Así mismo, se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, propósito, procedimiento, confidencialidad, los riesgos y beneficios (ver Apéndice 3).

Etapa 1. Prueba piloto

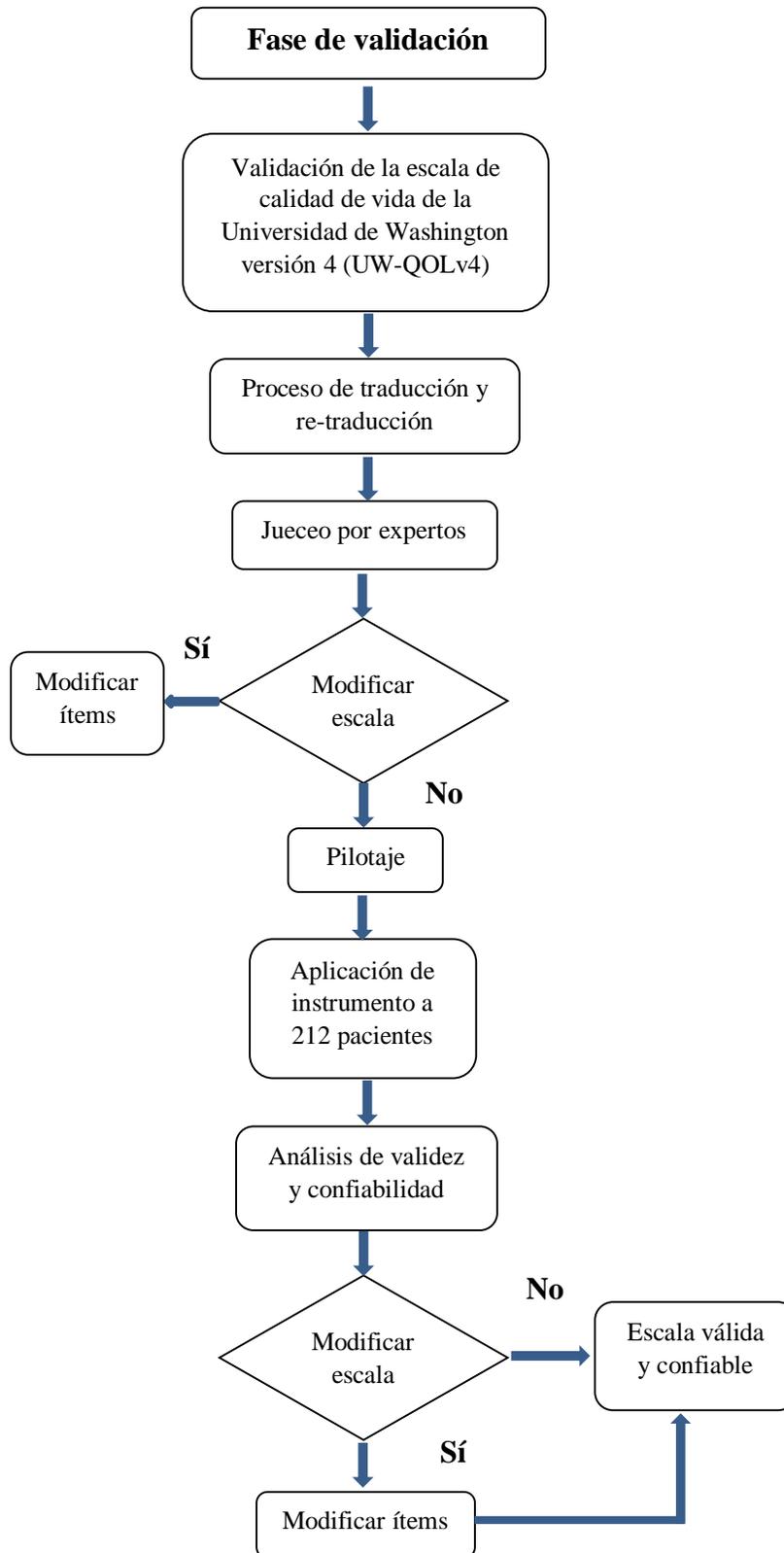
Se realizó la aplicación de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) versión castellana a 15 pacientes en las salas de espera de Oncología médica de cabeza y cuello y Cirugía de cabeza y cuello en un horario de 9:00 am a 1:00 pm del día 23 de julio del 2017, para identificar si existía alguna expresión confusa, ofensiva, así como la comprensión de los reactivos (Reyes & García, 2008). Se aplicó un formato de registro de caso que incluyó: un cuestionario específico sobre las instrucciones, cada reactivo y las opciones de respuesta. Se realizaron las modificaciones pertinentes (ver Apéndice 4).

Etapa 2. Validez y confiabilidad de la UW-QOLv4

Mediante la comprensión y aceptación del consentimiento informado (Ver Apéndice 5) se aplicó la UW-QOLv4 concurrentemente con la HADS, en el Instituto Nacional de Cancerología, México, en las salas de espera de Oncología médica de cabeza y cuello y Cirugía de cabeza y cuello en un periodo de 4 meses.

Se incluyeron 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello de ambos sexos, con una edad entre 18 a 87 años, la mayoría era mujeres (68.3%), casados (45.5%), el 32.2% tenía una comorbilidad, 65.8% eran del Interior de la República, con un grado de estudios de nivel secundaria (28.2%), el 82.2% tenían hijos, la mayoría eran amas de casa (34.7%), el 41.1% tenían un diagnóstico de cáncer de tiroides, se encontraban en un estadio IV (A-B) (27.3%), en periodo de seguimiento (32.7%), con un índice de Karnofsky de 90 (64.4%) y un ECOG de 1 (95.0%). La obtención de la muestra fue disponible en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Diagrama 1. Procedimiento y proceso de obtención de consentimiento informado



Instrumentos

Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) para medir calidad de vida, desarrollado por Rogers et al. (2002). Consta de 12 dominios de pregunta única (dolor, apariencia, actividad, actividades recreativas, tragar, masticar, habla, hombro, sabor, saliva, estado de ánimo y ansiedad) que tienen entre 3 y 6 opciones de respuesta escaladas uniformemente de 0 (peor) a 100 (mejor) de acuerdo con la jerarquía de respuestas. Otra pregunta les pide a los pacientes elegir hasta tres dominios que fueron los más importantes para ellos en la semana anterior. También una pregunta que evalúa la calidad de vida un mes antes del diagnóstico, una pregunta que evalúa la calidad de vida durante los últimos 7 días y una pregunta que evalúa la calidad de vida en general. Finalmente, incluye una pregunta con opción de texto libre para identificar si existe algún otro problema médico o no médico y que las preguntas no las hayan abordado pero que sea de gran importancia para el paciente (ver Apéndice 6).

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) desarrollada por Zigmond & Snaith (1983), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Esta escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados, cuenta con un $\alpha = 0.86$ global y una varianza explicada del 48.04%. (para el dominio de depresión $\alpha = 0.80$ y una varianza explicada del 11.49% y para el dominio de ansiedad $\alpha = 0.79$ y varianza explicada del 36.55%). Los puntos de corte son: sin depresión (0-5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante). Para la subescala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante). (ver Apéndice 7).

Cédula de Identificación: Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluyó datos sociodemográficos y clínicos tales como: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diagnóstico, etapa clínica, tratamiento médico y funcionalidad. Para revisar dichos datos se empleó el programa INCAnet, el cual es una base de datos que contiene los expedientes clínicos de los pacientes, cabe señalar que las aplicaciones de los instrumentos UW-QOLv4 y HADS fueron realizados en las salas de espera de la Unidad funcional de Oncología Médica de Cabeza y cuello y Cirugía (ver Apéndice 8).

Análisis estadísticos

Para validar el instrumento, se siguió el procedimiento que se muestra en la Tabla 7, para realizar el análisis exploratorio y determinar la estructura factorial por medio de un análisis con rotación Varimax ya que se identificaron correlaciones pequeñas y medianas entre los reactivos. Los criterios utilizados para el análisis fueron los siguientes:

- 1) Cargas factoriales ≥ 0.40
- 2) Ítems que cargaran solo en un factor
- 3) Coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach ≥ 0.60

Tabla 7. Pasos para el análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial.

| Análisis | Objetivo | Procedimiento en SPSS |
|---|--|--|
| Análisis de distribución de frecuencia | Validar la base de datos (identificar que todas las opciones de respuesta sean atractivas para 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) tango 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 → Seleccionar todos los reactivos → Estadísticos → Cuartiles → Seleccionar puntaje total → Aceptar. |
| Nueva variable para grupos extremos | Crear 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. |

Tabla 7 (continuación). *Pasos para el análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial*

| Análisis | Objetivo | Procedimiento en SPSS |
|-----------------------------|---|--|
| 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 → 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. |
| 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 los reactivos que pertenecen a más de un factor. | Analizar → Reducción de dimensiones → Factor → Seleccionar reactivos → KMO → Varimax → No se suprimen valores → Aceptar. |

RESULTADOS

Auditoría de la base

Se realizó una auditoría a la base de datos, cuyo objetivo fue identificar los datos faltantes y el porcentaje de error, tomando en cuenta un máximo de 5% sobre el total. Se revisaron los instrumentos impresos de 20 participantes. Finalmente, la fiabilidad de la base se estimó en un 98.73% de confiabilidad.

Estructura factorial

La escala UW-QOLv4 obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una ($p=.001$) y un índice de adecuación muestral ($KMO=.87$). El análisis factorial exploratorio (método de componentes principales y rotación Varimax ya que la correlación entre reactivos fue de medias a bajas) con 12 reactivos y un punto de corte de .40 arrojó un modelo con 2 factores, que explicaron el 54.88% de la varianza. El reactivo 8 (hombro) no cumplió con uno de los criterios para el análisis factorial antes mencionado. Estos factores se asemejan a las características que se han reportado en otros estudios. En la Tabla 8 se muestra la matriz de componentes rotados que describe los dos factores agrupados.

Fiabilidad test retest

La estabilidad de la UW-QOLv4 se apoyó en la prueba de intervalo de 2 semanas, se aplicó a un grupo de pacientes que anteriormente ya habían contestado los instrumentos ($n= 30$). Se obtuvo una fiabilidad de .84 (Ver Tabla 9).

Tabla 8. *Análisis factorial exploratorio de la escala UW-QOLv4 en un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello ($n=202$).*

| Alfa de Cronbach total $\alpha= 0.87$ | | | | |
|---|----------------|-------|-------------|-----------|
| Varianza explicada= 54.88% | Peso factorial | | DE del ítem | Reactivos |
| 11.-Estado de ánimo | .779 | | 75.9 | 28.3 |
| 4.-Actividades recreativas | .709 | | 78.1 | 24.0 |
| 12.-Ansiedad | .705 | | 83.9 | 24.7 |
| 3.-Actividad | .679 | | 72.8 | 27.6 |
| 2.-Apariencia | .641 | | 79.1 | 22.7 |
| 1.-Dolor | .638 | | 81.8 | 23.5 |
| 8.-Hombro | 0.386 | 0.304 | 85.3 | 25.0 |
| 6.-Masticar | | .829 | 74.5 | 33.2 |
| 9.-Sabor | | .773 | 75.1 | 32.1 |
| 5.-Tragar | | .708 | 82.9 | 26.0 |
| 7.-Habla | | .684 | 84.1 | 24.4 |
| 10.-Saliva | | .682 | 80.1 | 29.2 |
| Valor Alfa del factor | 0.826 | 0.837 | | |
| Porcentaje de varianza explicada | 27.9% | 26.9% | | |

| | | |
|--|------------|---------|
| Media | 471.485149 | 396.63 |
| Desviación estándar | 110.684313 | 113.166 |
| Varianza del factor | 12251.0172 | 12806.5 |
| Correlación intraclase del factor | 0.442 | 0.503 |
| Valor inferior | 0.38 | 0.438 |
| Valor superior | 0.507 | 0.569 |
| Valor F | 0.75 | 6.060 |
| Valor p | ≤0.001 | ≤0.001 |

*Los reactivos pertenecen con su numeración original.

Tabla 9. *Fiabilidad test retest (n=30).*

| | 1 | 2 |
|--------------------|--------|---|
| UWQOLv4-Medición 1 | | |
| UWQOLv4-Medición 2 | .842** | |

** La correlación Rho de Spearman es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

La fase I de la presente investigación tuvo como propósito la adaptación cultural y validación de la *Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4)* en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello en población mexicana.

Durante los últimos años, las evaluaciones de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello se han vuelto importantes debido a que los pacientes deben enfrentarse a una patología mortal y sus diversos tratamientos que impactan en su apariencia física, en funciones básicas como tragar, respirar y hablar (Bjordal & Bottomley, 2017; La Mantia et al., 2017; Broglie et al., 2013; Melo Filho et al., 2013; Sayed et al., 2009; Murphy et al., 2007; Terrell, 1999) y problemas psicológicos (Lozano-Arrazola et al., 2011; Lydiatt et al., 2009; Duffy et al., 2007; Katz et al., 2004; Massie, 2004; Duffy et al., 2002). Por lo tanto, es importante para comprender el impacto de la enfermedad y sus diversos tipos de tratamiento en la rutina diaria del paciente y tratar de centrarse en aspectos que puedan mejorar las medidas de apoyo (Bjordal & Bottomley, 2017; Gibson & Forastiere, 2004; Hanna et al., 2004; Vartanian et al., 2004; Allal et al., 2003; Deleyiannis et al., 1999).

La calidad de vida se mide con la aplicación de instrumentos específicos (Ringash et al., 2004; Rogers et al., 2002; Bjordal et al., 1994; Hassan & Weymuller, 1993), la mayoría se han desarrollado en países de habla inglesa (Ringash et al., 2004; Bjordal et al., 1994; Hassan & Weymuller, 1993) y para ser de utilidad en otros países y culturas, estas escalas requieren una traducción y revalidación rigurosas (Guillemin et al., 1993). Sin embargo, la UW-QOLv4 (Rogers et al., 2002) es uno de los instrumentos ampliamente recomendados por la literatura para la evaluación de este constructo, está bien validado, es preciso, conciso,

mínimamente pesado y es de las más utilizadas a nivel mundial (Rogers, Semple et al., 2016; Heutte et al., 2014; Ojo et al., 2012; Kanatas & Rogers, 2010; Ringash & Bezjak, 2001).

De acuerdo con el presente estudio, la UW-QOLv4 obtuvo una $\alpha=0.87$ global, lo que concuerda con alfas de 0.73 a 0.86 reportadas en la versión original y en estudios posteriores (Lee et al., 2017; Adnane et al., 2016; Linardoutsos et al., 2014; Chang et al., 2012; Senkal et al., 2012; Nazar et al., 2010; D'cruz et al., 2007; Vartanian et al., 2006; Rogers et al., 2002; Hassan & Weymuller, 1993). Se obtuvieron 2 factores de acuerdo con las validaciones mencionadas anteriores (función socioemocional y función física) y sus consistencias internas por factor son superiores a lo reportado en otras validaciones (Linardoutsos et al., 2014; Chang et al., 2012).

La fiabilidad test retest obtuvo una $\alpha=0.84$, concuerda con fiabilidad test retest que oscila entre 0.88 a 0.98 reportadas en algunos estudios (Lee et al., 2017; Adnane et al., 2016; Senkal et al., 2012; Nazar et al., 2010; D'cruz et al., 2007; Vartanian et al., 2006).

Sin embargo, en el presente estudio el reactivo 8 (hombro) no cumplió con uno de los criterios establecidos para realizar el análisis factorial, el cual fue 1. Cargas factoriales ≥ 0.40 esto puede explicarse por posibles características de la muestra mexicana ya que quizás estos pacientes no tengan ningún problema con dicha afectación, se sabe que los pacientes con cáncer de CyC tienden a desarrollar problemas con el hombro debido al tratamiento de la disección radical del cuello, uno de los tratamientos quirúrgicos más utilizados y la radioterapia pueden causar morbilidad en la articulación del hombro y tienen efectos negativos en la calidad de vida (Barber et al., 2015; Guru, Manoor & Supe, 2012; Carvalho, Vital & Soares, 2012; Umeda et al., 2010; Erisen et al., 2004; Chaplin & Morton, 1999).

Con respecto a la varianza explicada, el estudio identificó un porcentaje inferior pero adecuada a la varianza de la versión original (Rogers et al., 2002) sin embargo, es relevante mencionar que la mayoría de las validaciones identificadas en la literatura, no reportan esta propiedad psicométrica.

CONCLUSIÓN

La UW-QOLv4 es un instrumento adaptado culturalmente que demostró propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de calidad de vida en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello, con una consistencia interna de 0.87 en la escala global, con 2 factores (función socioemocional $\alpha= 0.82$ y función física $\alpha= 0.83$), por lo que se recomienda ampliamente para su uso en la práctica clínica y las futuras investigaciones.

Estudio II: ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA, SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA MEXICANA DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Planteamiento del problema y justificación.

A menudo, los pacientes con cáncer de CyC experimentan diversos síntomas de ansiedad y depresión que influye negativamente sobre su calidad de vida, se angustian más que otros pacientes con otros tumores (Duffy et al., 2007; Verdonck-de Leeuw et al., 2007; Katz et al., 2004). Los trastornos emocionales se pueden esperar después del diagnóstico y en un periodo de adaptación duradera a la enfermedad de semanas a meses (Wu et al., 2016). Se estima que la prevalencia de depresión mayor es del 15 al 50% y la tasa de suicidios ha demostrado ser particularmente alta (Lydiatt et al., 2009; Misono et al., 2008).

La evidencia sostiene que cerca del 40% al 66% cumplen con los criterios para un diagnóstico psiquiátrico (Duffy et al., 2002; Kugaya et al., 2000). Las estimaciones en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva varían, pero indican que entre el 15% y el 50% sufre algún grado de depresión en cualquier momento durante el curso de la enfermedad (Haisfield-Wolfe et al., 2009; Lydiatt et al., 2009) y puede afectar los aspectos de la calidad de vida (Howren et al., 2010; DiMatteo et al., 2000).

La incidencia entre sintomatología ansiosa y depresiva clínicamente significativas oscila entre 20%-46%, medida hasta seis años después del tratamiento (Katz et al., 2004). Más del 40% presentan sintomatología depresiva durante el curso de su tratamiento (Duffy et al., 2002), 22% al momento del diagnóstico, 24% a los tres meses después del diagnóstico, menos de 20% a los 12 meses, 10% a los 36 meses, siendo el de cavidad oral el que presenta

60% de sintomatología depresiva postquirúrgica disminuyendo a menos de 30% después de seis meses del diagnóstico (Lozano- Arrazola et al., 2011).

La evidencia sostiene que existe una asociación entre los síntomas de ansiedad, depresión y la calidad de vida (Suzuki et al., 2016; Wu et al., 2016; Paula et al., 2012; Horney et al., 2011; Neilson et al., 2010; Howren et al., 2010). Los niveles de calidad de vida en estudios específicamente con cáncer de CyC aún no son concluyentes, la calidad de vida es un constructo multifactorial, cada instrumento mide dimensiones diferentes de la calidad de vida dependiendo de la investigación, dentro de la literatura, no se ha encontrado que dimensiones específicamente de calidad de vida son afectadas por la sintomatología de ansiedad y depresión.

En México, existe una limitada evidencia (Lozano- Arrazola et al., 2011) sobre la prevalencia de sintomatología ansiosa depresiva y como estas variables influyen sobre su calidad de vida, este grupo de pacientes ha sido poco estudiado en nuestro país. Por lo tanto, es importante realizar investigaciones en este grupo de pacientes en la población mexicana.

Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre los niveles de calidad de vida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello?

Objetivos

General

Determinar la asociación entre los niveles de calidad de vida, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva en una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Específicos

En una muestra mexicana de pacientes con cáncer de cabeza y cuello:

- 1) Identificar los niveles de calidad de vida global
- 2) Identificar los niveles de calidad de vida por factores
- 3) Identificar la prevalencia de sintomatología de ansiedad
- 4) Identificar la prevalencia de sintomatología de depresión
- 5) Determinar la relación entre la calidad de vida global, por factores y la sintomatología ansiosa
- 6) Determinar la relación entre la calidad de vida global, por factores y la sintomatología depresiva

Hipótesis

H1. Se esperan altos niveles de calidad de vida global

H2. Se esperan altos niveles de calidad de vida por factores.

H3. Se espera que aproximadamente el 40% de los pacientes con cáncer de CyC presente sintomatología ansiosa (Katz et al., 2004; Duffy et al., 2002; Kugaya et al., 2000).

H4. Se esperan aproximadamente el 40% de los pacientes con cáncer de CyC presente sintomatología depresiva (Katz et al., 2004; Duffy et al., 2002; Kugaya et al., 2000).

H5. Se espera que, a mayores puntajes de calidad de vida global y por factores menores puntajes de sintomatología ansiosa.

H6. Se espera que, a mayores puntajes de calidad de vida global y por factores menores puntajes de sintomatología depresiva.

Variables

Tabla 10. Descripción de las variables para la fase II.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|----------------------|---|--|
| Calidad de vida | Es un constructo multidimensional en el cual el individuo realiza una evaluación subjetiva del impacto que provoca una enfermedad o tratamiento en su funcionamiento físico, psicológico, social y somático en su bienestar general (Rogers et al., 2002). | La calidad de vida se obtendrá mediante los niveles identificados en la UW-QOLv4 validada por Flores et al., (2019). Consta de 11 dominios de pregunta única. Los dominios son dolor, apariencia, actividad, recreación, deglución, masticación, habla, gusto, saliva, estado de ánimo y ansiedad. El cuestionario completo se enfoca en la salud y calidad de vida actual del paciente en los últimos 7 días. |
| Síntomas de ansiedad | La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema | La sintomatología de ansiedad se identificó mediante las puntuaciones de la sub-escala de ansiedad de la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por Zigmond & Snaith (1983), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Con puntos de cohorte: 0-5 sin ansiedad 6-8 ansiedad leve 9-11 ansiedad moderada ≥ 12 ansiedad grave |

nervioso autónomo simpático (Maté et al., 2004).

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Síntomas de depresión | Experiencia de falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, 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, 2017). | La sintomatología de depresión se identificó mediante las puntuaciones de la sub-escala de depresión de la escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por Zigmond & Snaith (1983), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Con puntos de cohorte: 0-5 sin depresión 6-8 depresión leve 9-11 depresión moderada ≥ 12 depresión grave |
|-----------------------|--|---|

Muestreo

El muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017). Para esta fase participaron 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello pertenecientes a los servicios de la Unidad funcional de Oncología médica de cabeza y cuello y cirugía del INCan.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico oncológico de cabeza y cuello.
2. Participación voluntaria mediante la comprensión y aceptación de la carta de consentimiento informado.
3. En tratamiento activo y en periodo de seguimiento.
4. Cualquier etapa clínica.
5. Índice Karnofsky ≥ 70 .

6. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 1 y 2.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con cuadros psiquiátricos severos y/o adicción a alguna sustancia psicoactiva.
2. Pacientes con cáncer doble primario o que pertenezca a otro servicio

Criterios de eliminación

1. Que durante el llenado de los instrumentos el (la) participante decida no seguir participando.
2. Que el (la) participante no termine de llenar los instrumentos.

Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se presenta en esta investigación es de tipo transversal, no experimental, correlacional (Ato, López, & Benavente, 2013).

Instrumentos

Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) para medir calidad de vida, desarrollado por Rogers et al., (2002). Esta escala fue validada en México por Flores-Juárez et al. (2019), presenta un $\alpha=0.87$ global, una fiabilidad test-retest (ICC) de 0.84, una varianza explicada del 54.88% y dos factores (función

socioemocional $\alpha=0.82$ y función física $\alpha=0.83$). Los puntos de corte son: baja calidad de vida (0-743) normal (800-920) alta (967-1025) muy alta (1050-1100).

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS): Esta escala fue desarrollada por (Zigmond & Snaith, 1983), validada en pacientes mexicanos con cáncer (Galindo et al., 2015). Consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados, cuenta con un $\alpha= 0.86$ global y una varianza explicada del 48.04%. (para el dominio de depresión $\alpha= 0.80$ y una varianza explicada del 11.49% y para el dominio de ansiedad $\alpha= 0.79$ y varianza explicada del 36.55%). Los puntos de corte son: sin depresión (0-5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante). Para la subescala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante).

Cédula de Identificación. Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos y clínicos tales como: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diagnóstico, etapa clínica, tratamiento médico y funcionalidad. Para revisar dichos datos se empleó el programa INCANET, el cual es una base de datos que contiene los expedientes clínicos de los pacientes.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el programa SPSS 21. La normalidad de las variables se determinó por medio de la prueba de bondad de ajuste Kolmogórov-Smirnov ($p=.001$), identificándose que los datos se distribuyen de manera no normal y se procedió a utilizar pruebas no paramétricas mediante medianas y rangos intercuartilares.

Se recodificó la sumatoria total de la UW-QOLv4 (Función socioemocional y Función física) dividiéndose por cuartiles (25, 50, 75) con el objetivo de obtener los niveles de calidad de vida de los pacientes con cáncer de CyC (baja, normal, alta) ya que el instrumento no cuenta con puntos de corte. Las variables de ansiedad y depresión fueron colocadas de acuerdo con los puntos de corte reportados en la validación para pacientes oncológicos mexicanos.

Para identificar las asociaciones entre los niveles de calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva se empleó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman debido a que el nivel de medición es de tipo ordinal.

Resultados

Se incluyeron a 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello pertenecientes al Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en un periodo de 6 meses. En la Tabla 11 se hace una la descripción de los participantes.

Tabla 11. Características sociodemográficas y clínicas de una muestra de 202 pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello.

| | F | % | | F | % |
|---------------------|-----|-------|-------------------|-----|-------|
| N | 202 | 100% | Paternidad | | |
| Edad: Rango 18-88 | | | Si | 166 | 82.2% |
| Mediana= 52 (50-64) | | | No | 36 | 17.8% |
| Sexo | | | Ocupación | | |
| Mujer | 138 | 68.3% | Empleado(a) | 33 | 16.3% |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------------------------------|-----|-------|
| Hombre | 64 | 31.7% | Autoempleado(a) | 14 | 6.9% |
| Estado civil | | | Desempleado(a) | 52 | 25.7% |
| Soltero(a) | 47 | 23.3% | Hogar | 70 | 34.7% |
| Casado(a) | 92 | 45.5% | Profesionista | 10 | 5.0% |
| Unión libre | 30 | 14.9% | Otros | 23 | 11.5% |
| Otro (viudo, divorciado) | 33 | 16.3% | Estadio | | |
| Comorbilidad | | | Estadio I | 48 | 23.8% |
| Si | 65 | 32.2% | Estadio II | 24 | 11.9% |
| No | 137 | 67.8% | Estadio III | 23 | 11.4% |
| Tipo de comorbilidad | | | Estadio IV (A-B) | 55 | 27.3% |
| Diabetes | 11 | 5.4% | Sin estadio | 52 | 25.7% |
| Hipertensión | 22 | 10.9% | Tratamiento | | |
| Diabetes + Hipertensión | 8 | 4.0% | Periodo de seguimiento | 66 | 32.7% |
| VIH | 3 | 1.5% | Quimioterapia | 6 | 3.0% |
| Otro | 22 | 11.0% | Cirugía | 32 | 15.8% |
| Lugar de residencia | | | Radioterapia | 11 | 5.4% |
| CDMX | 69 | 34.2% | Hormonoterapia | 44 | 21.8% |
| Interior de la República | 133 | 65.8% | Combinación Qt – cirugía – Rt | 43 | 21.3% |
| Nivel de estudios | | | Karnofsky | | |
| Ninguno | 14 | 6.9% | 100 | 56 | 27.7% |
| Primaria | 47 | 23.3% | 90 | 126 | 64.4% |
| Secundaria | 57 | 28.2% | 80 – 70 | 20 | 10.0% |
| Preparatoria | 38 | 18.8% | ECOG | | |
| Licenciatura | 43 | 21.3% | 1 | 192 | 95.0% |
| Posgrado | 3 | 1.5% | 2 | 10 | 5.0% |
| Diagnóstico | | | | | |
| Cáncer de tiroides | 83 | 41.1% | | | |
| Cáncer de cavidad oral | 41 | 20.3% | | | |
| Cáncer de laringe | 12 | 5.9% | | | |

| | | |
|-------------------------|----|-------|
| Cáncer de cavidad nasal | 6 | 3.0% |
| Cáncer de orofaringe | 5 | 2.5% |
| Cáncer de nasofaringe | 5 | 2.5% |
| Cáncer de parótida | 7 | 3.5% |
| Carcinoma basocelular | 14 | 6.9% |
| Otros | 29 | 14.9% |

Se estudió una muestra no probabilística de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello de ambos sexos: (68.3%) mujeres y (31.7%) hombres, estado civil 45% casados, 28.2% con estudios máximos de secundaria), con diagnóstico oncológico de cabeza y cuello (41.1% tiroides, 20.3% cavidad oral, 5.9% laringe, 3.0% cavidad nasal, 14.9% otros), que acudieron a consulta al Instituto Nacional de Cancerología, México.

Descripción de los niveles de calidad de vida en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

A continuación, se muestran los niveles de calidad de vida total y por subescala (función socioemocional y función física) que se obtuvo de una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (ver figuras 2, 3 y 4).

Calidad de vida global. De acuerdo con la sumatoria global de la UW-QOLv4, el 25% de los pacientes reportó tener una baja calidad de vida, 27% reportó tener normal calidad de vida, el 26% reportó tener una alta calidad de vida y el 23% reportó tener baja calidad de vida.

Calidad de vida: Factor I. Función socioemocional: De acuerdo con la subescala, el 25% de los pacientes presentó una baja calidad de vida, el 30% reportó tener normal calidad de vida, el 22% reportó tener alta calidad de vida y el 23% una muy alta calidad de vida.

Calidad de vida: Factor II. Función física: De acuerdo con la subescala, el 25% de los pacientes reportó una baja calidad de vida, el 25% presentaba normal calidad de vida y el 50% reportó tener una alta calidad de vida.

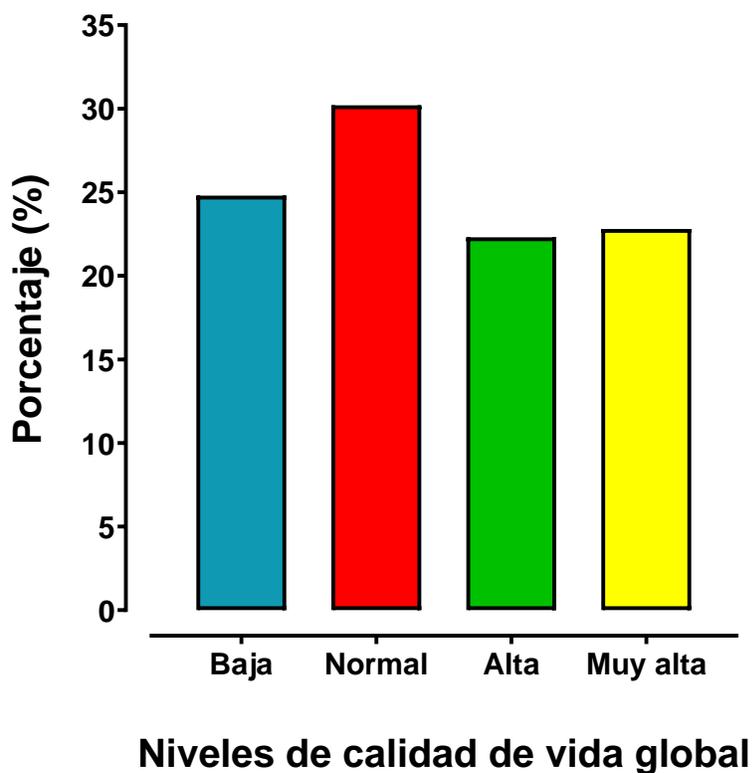


Figura 2. Niveles de calidad de vida global. En esta gráfica se muestran los niveles de calidad de vida obtenidos en la escala global en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

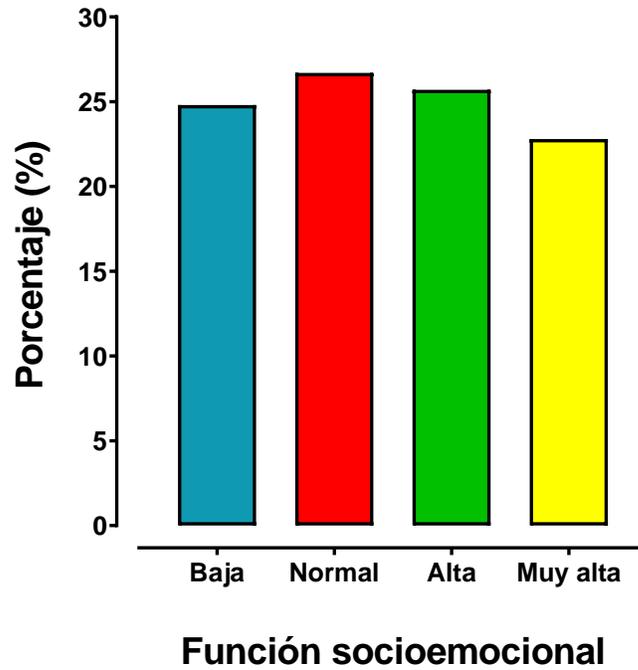


Figura 3. Niveles de calidad de vida de acuerdo con el factor I. Función socioemocional. En esta gráfica se muestran los niveles de calidad de vida obtenidos en el factor I en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

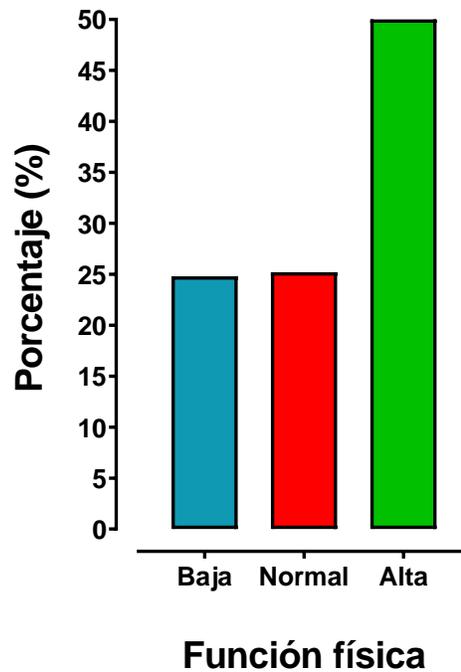


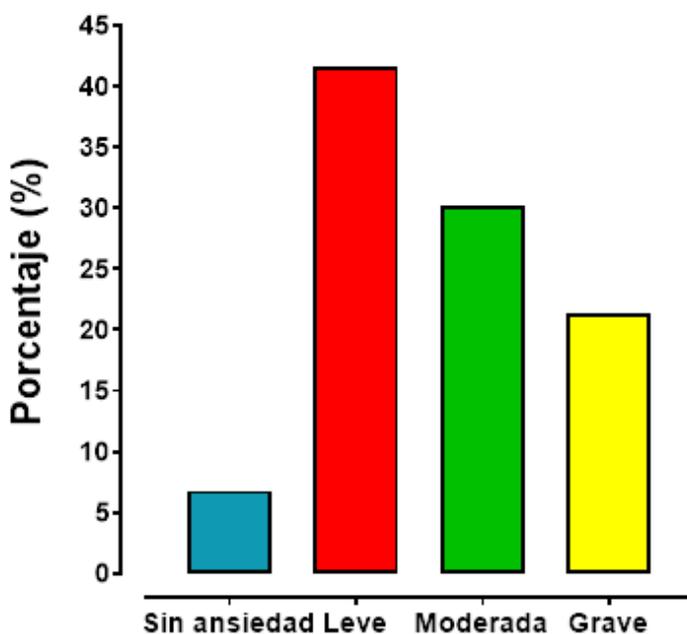
Figura 4. Niveles de calidad de vida de acuerdo con el factor II. Función física. En esta gráfica se muestran los niveles de calidad de vida obtenidos en el factor II en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

A continuación, se describe la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión que se obtuvo de una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Ver figuras 5 y 6).

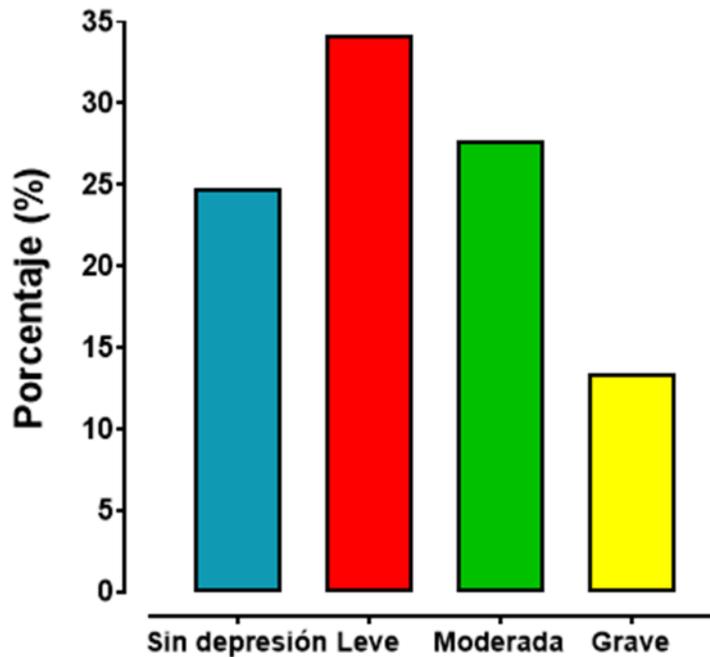
Sintomatología ansiosa. De acuerdo con la subescala de la HADS, el 7% de los pacientes reportó no presentar síntomas de ansiedad, el 42% reportó tener sintomatología leve, el 30% reportó ansiedad moderada y el 21% reportó sintomatología ansiosa grave.

Sintomatología depresiva. De acuerdo con la subescala de la HADS, el 25% reportó no tener sintomatología depresiva, el 34% reportó sintomatología leve, el 28% reportó moderada y el 13% reportó sintomatología depresiva grave.



Prevalencia de sintomatología ansiosa

Figura 5. Prevalencia de síntomas de ansiedad. En esta gráfica se muestra la prevalencia de síntomas de ansiedad en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.



Prevalencia de sintomatología depresiva

Figura 6. Prevalencia de síntomas de depresión. En esta gráfica se muestra la prevalencia de síntomas de depresión en un grupo de 202 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Asociación entre calidad de vida, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

En las tablas 12 se muestra el resumen de las asociaciones entre la UW-QOLv4, sus subescalas y la HADS. Como se puede observar, las correlaciones fueron positivas y negativas, dependiendo de la relación teórica entre subescalas, de magnitud baja a media y estadísticamente significativas (*Rho de Spearman* -.244 a .873; $p < 0.01$).

Tabla 12. Correlaciones entre la UW-QOLv4 global, por factores y la HADS.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|
| 1.- UWQOLv4 global | 1.000 | | | | | |
| 2.- Función socioemocional | .873** | 1.000 | | | | |
| 3.- Función física | .881** | .566** | 1.000 | | | |
| 4.- HADS-Ansiedad | -.389** | -.465** | -.244** | 1.000 | | |
| 5.- HADS-Depresión | -.572** | -.600** | -.432** | .561** | 1.000 | |
| 6.- HADS Total | -.541** | -.601** | -.383** | .887** | .873** | 1.000 |

** . La correlación *Rho de Spearman* es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

El estudio II tuvo como objetivo determinar la asociación entre calidad de vida, síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en población mexicana. En general, se comprobaron las hipótesis planteadas en el estudio II. Existió una elevada prevalencia, así como relaciones estadísticamente significativas entre calidad de vida sintomatología ansiosa y depresiva por puntaje total y por factores en las escalas.

Los niveles elevados de calidad de vida total (26% alta y 23% muy alta), sintomatología depresiva (28% moderada y 13% grave) y ansiosa (30% moderada y 21% grave) identificados en esta investigación, se encuentran dentro de estudios internacionales reportados con anterioridad en la población oncología de CyC (Suzuki et al., 2016; Wu et al., 2016; Horney et al., 2011; Neilson et al., 2010; Haisfield-Wolfe et al., 2009; Lydiatt et al., 2009; Duffy et al., 2007; Katz et al., 2004; Massie, 2004; Duffy et al., 2002; Kugaya et al.,

2000). Cabe señalar que los grados de sintomatología de ansiedad y depresión en este grupo de pacientes superan lo reportado en la población general (Arrieta et al., 2017; Reyes-Carmona et al., 2017; Berenzon et al., 2013).

Un aspecto importante que hay que señalar es que los tratamientos oncológicos para los pacientes con cáncer de CyC son algunos de los más debilitantes y desfigurantes debido a esto, este grupo de pacientes a menudo vive con un deterioro en su calidad de vida y es posiblemente el cáncer más traumático psicológicamente (Björklund et al., 2010; Neilson et al., 2010; Koster & Bergsma, 1990). Las altas prevalencias encontradas en la presente investigación probablemente se deben a las características de la muestra, se sabe que los pacientes que se encuentren en tratamiento, principalmente la radioterapia, presentan mayores síntomas de ansiedad y depresión (Paula et al., 2012; Sawada et al., 2012; Argiris et al., 2008; Marur & Forastiere, 2008; De Boer et al., 1999), la muestra estudiada se encontraba en tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia y también en combinación de estos. También se sabe que, aunque los pacientes se encuentren en periodo de seguimiento, sufren algún grado de ansiedad o depresión (Haisfield-Wolfe et al., 2009; Lydiatt et al., 2009) y esto afecta directamente en su calidad de vida.

Con respecto a los niveles de calidad de vida global y por factores, se identificaron elevados, esto probablemente se debe a las características de la muestra ya que la mayoría se encontraba en periodo de seguimiento, también se sabe que existe una relación entre el estadio clínico y la calidad de vida, siendo en los estadios tempranos en los que la calidad de vida se recupera (Lozano-Arrazola et al., 2011) esto probablemente se deba a que cerca del 26% de la muestra estudiada no se pudo identificar el estadio clínico dentro del programa INCANET y lo más probable es que estos pacientes tuvieran una etapa clínica temprana.

En relación con el factor 2. función física no se identificó algún porcentaje con respecto a una muy alta calidad de vida como en el factor I. Función socioemocional y la calidad de vida global, ya que la literatura reporta que este grupo de pacientes se ven afectados aun después de los tratamientos, principalmente en las funciones físicas (La Mantia et al., 2017). Cabe señalar que dentro de la literatura consultada no se identificó algún estudio que reportara los niveles de calidad de vida tanto global y por factores como se hizo en la presente investigación, esto nos proporciona un panorama más amplio para saber cómo se encuentra la población mexicana en cuanto a la calidad de vida.

Finalmente, con respecto a la asociación entre la sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida se encontraron correlaciones estadísticamente significativas lo cual demuestra que a mayor calidad de vida menor son los síntomas de ansiedad y depresión. Estos resultados son similares a lo que reporta Lee et al. (2017), Vartanian et al. (2006); Rogers et al., (2006) y Hassanein, Musgrove & Bradbury, (2001). Una de las posibles explicaciones es que el apoyo social, se sabe que los pacientes con más apoyo social tienden a sentir menos síntomas de ansiedad y depresión y reportan una mejor calidad de vida (American Cancer Society, 2018b). La evidencia sostiene que existe una asociación entre el apoyo social, los síntomas de ansiedad, depresión y la calidad de vida (Karnell et al., 2007; List et al., 2002; Derks et al., 2004; Hassanein et al., 2001). A menudo, este grupo de pacientes puede requerir más apoyo durante el tratamiento y la recuperación (DiMatteo et al., 2000). Rogers et al. (2007) y Penedo et al. (2012) afirman que un apoyo social adecuado tiene beneficios para los pacientes con cáncer de CyC para sobrellevar los síntomas, disminuir los síntomas de ansiedad y depresión y al prevenir el aislamiento social.

Otra de las posibles explicaciones puede ser la satisfacción con el equipo de salud, es una de las variables multifactoriales muy importantes en la oncología, las diversas investigaciones sostienen la gran relevancia y su asociación negativa con otras variables, entre ellas la sintomatología de ansiedad, depresión y la calidad de vida (Gupta et al., 2014; Bui et al., 2005; Wyshak & Barsky, 1995). Una mayor satisfacción con el equipo de salud, ayuda a reducir los síntomas de ansiedad, depresión y mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes, en México, Hernández (2019) identificó que cerca del 37% de los pacientes evaluados con cáncer de CyC tenía una satisfacción moderada-alta con el equipo de salud, identificando que el 46 % presentaba sintomatología de ansiedad sin ansiedad a leve.

Cabe señalar que el Instituto Nacional de Cancerología, es una institución de tercer nivel de atención, dependiente al Sector Salud que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos, que proporciona la atención del paciente desde un enfoque multidisciplinario, así como servicios de eficiencia, calidad y calidez, lo que brinda una confianza a la mayoría de los pacientes en proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento.

Conclusión

Los hallazgos encontrados apoyan en gran parte las hipótesis contempladas a lo largo del estudio I y II de esta investigación (25% baja calidad de vida, 27% normal, 26% alta y el 23% muy alta). Se encontraron, elevadas prevalencias de sintomatología depresiva y ansiosa clínicamente significativas en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, los cuales se mantienen dentro del rango de investigaciones internacionales.

Aunado a esto, el 13% reportó tener sintomatología depresiva grave y 21% sintomatología ansiosa grave, lo cual, representa una problemática importante debido a la probabilidad de que estas personas reúnan los criterios para un posible caso de diagnóstico de trastorno mental. Estos resultados son superiores a lo que se ha identificado en la población general.

Se identificó que existe una correlación estadísticamente significativa ($r = -.244$, $p < 0.01$) entre la calidad de vida y la sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en la población mexicana. Adicionalmente, esta investigación proporciona datos actualizados en cuanto a las prevalencias de síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida, lo cual nos brinda un panorama más actualizado para que se puedan retomar en futuros estudios ya que en México, es muy limitada la información en esta población.

Otra aportación relevante del presente proyecto es la validación de la Escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4), la cual mostró propiedades psicométricas adecuadas para su uso clínico y de investigación. La estructura factorial de la escala corrobora una estructura esperada y lógica.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones, el tamaño de la muestra y tipo de muestreo dificulta generalizar los resultados de esta investigación a toda la población mexicana con cáncer de cabeza y cuello. Adicional, la falta de una entrevista psiquiátrica para la confirmación de la sintomatología de ansiedad y depresión.

Perspectiva futura

Se espera, que se puedan desarrollar investigaciones con estos datos como base encaminadas hacia:

1) Determinar variables predictoras de calidad de vida, ansiedad y depresión específicamente en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en México.

2) Se sugiere implementar intervenciones psicológicas basadas en evidencia dirigidas a mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

REFERENCIAS

- Aaronson, N. K., Bullinger, M., & Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progres Dans Les Recherches Sur Le Cancer*, 111, 231–249. https://doi.org/10.1007/978-3-642-83419-6_27
- Adnane, C., Oubahmane, T., Adouly, T., Elhani, L., Rouadi, S., Abada, R. L., ... Mahtar, M. (2016). Cross-cultural and Moroccan Validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for Patients With Head and Neck Cancer. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 125(2): 151–159. <https://doi.org/10.1177/0003489415601687>
- Ahn, M. H., Park, S., Lee, H. B., Ramsey, C. M., Na, R., Kim, S. O., ... Hong, J. P. (2015). Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-Oncology*, 24(5): 601–607. <https://doi.org/10.1002/pon.3705>
- Aliaga-Tovar, J. (2006). Psicometría: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez. *Psicometría*, 24.
- Allal, A. S., Nicoucar, K., Mach, N., & Dulguerov, P. (2003). Quality of life in patients with oropharynx carcinomas: Assessment after accelerated radiotherapy with or without chemotherapy versus radical surgery and postoperative radiotherapy. *Head & Neck*, 25(10): 833–840. <https://doi.org/10.1002/hed.10302>
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3): 1038-1059.
- American Cancer Society. (2016) ¿Qué es el cáncer? Recuperado el 15 de septiembre de 2019, a partir de: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society. (2018a). Etapas del cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, a partir de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html>
- American Cancer Society. (2018b). La ansiedad, el miedo y la depresión. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, a partir de:

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>

- American Cancer Society. (2019). Factores de riesgo de los cánceres de laringe y de hipofaringe. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, a partir de:
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- American Psychological Association. (2017). Depression. Recuperado el 14 de marzo de 2018, a partir de <http://www.apa.org/topics/depression/index.aspx>
- Anastasi A. (1966). Psychological testing. United States of America, New York;The Macmillan Company.
- Anastasi, A. (1986). Los tests psicológicos. Madrid: Aguilar
- Argiris, A., Karamouzis, M., Raben, D., & Ferris, R. (2008). Head and neck cancer. *Lancet*, 371(9625): 1695–1709.
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., ... Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9): 1076–1090.
- Auperin, A., Melkane, A., Luce, D., & Temam, S. (2011). *Épidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures*. XX(2): 102–107.
- Barber, B., McNeely, M., Chan, K.M., Beaudry, R., Olson, J., Harris, J., Seikaly, H. & O'Connell, D. (2015). Intraoperative brief electrical stimulation (BES) for prevention of shoulder dysfunction after oncologic neck dissection: study protocol for a randomized controlled trial. *Published online*. 16, 240.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8): 787–805. <https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1): 74-80.

- Benson, E., Li, R., Eisele, D., & Fakhry, C. (2014). The clinical impact of HPV tumor status upon head and neck squamous cell carcinomas. *Oral Oncology*, *50*(6): 565–574. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.09.008>
- Biazevic, M. G. H., Antunes, J. L. F., Togni, J., de Andrade, F. P., de Carvalho, M. B., & Wünsch-Filho, V. (2010). Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *Journal of Applied Oral Science: Revista FOB*, *18*(3): 279-284. <https://doi.org/10.1590/s1678-77572010000300015>
- Bjordal, K., Ahlner-Elmqvist, M., Tollesson, E., Jensen, A. B., Razavi, D., Maher, E. J., & Kaasa, S. (1994). Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer patients. EORTC Quality of Life Study Group. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, *33*(8): 879–885.
- Bjordal, K., & Bottomley, A. (2017). Making Advances in Quality of Life Studies in Head and Neck Cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, *97*(4): 659–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2016.11.051>
- Björklund, M., Sarvimäki, A., & Berg, A. (2010). Living with head and neck cancer: A profile of captivity. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, *2*(1): 22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01042.x>
- Blot, W. J., McLaughlin, J. K., Winn, D. M., Austin, D. F., Greenberg, R. S., Preston-Martin, S., ..., Fraumeni, J. F. (1988). Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research*, *48*(11): 3282–3287.
- Boffetta, P., & Garfinkel, L. (1990). Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, *1*(5): 342–348. <https://doi.org/10.1097/00001648-199009000-00003>
- Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet. Oncology*, *7*(2): 149–156. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(06\)70577-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70577-0)
- Boffetta, P., Ye, W., Adami, H.-O., Mucci, L. A., & Nyrén, O. (2001). Risk of cancers of the lung, head and neck in patients hospitalized for alcoholism in Sweden. *British Journal of Cancer*, *85*(5): 678–682. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1986>

- Boffetta, P., Richiardi, L., Berrino, F., Estève, J., Pisani, P., Crosignani, P., ... Merletti, F. (2003). Occupation and larynx and hypopharynx cancer: An international case-control study in France, Italy, Spain, and Switzerland. *Cancer Causes & Control: CCC*, *14*(3): 203–212.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6): 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Brogliè, M. A., Soltermann, A., Haile, S. R., Rössli, C., Huber, G. F., Schmid, S., & Stoeckli, S. J. (2013). Quality of life of oropharyngeal cancer patients with respect to treatment strategy and p16-positivity. *The Laryngoscope*, *123*(1): 164–170. <https://doi.org/10.1002/lary.23622>
- Browman, G. P., Levine, M. N., Hodson, D. I., Sathya, J., Russell, R., Skingley, P., ... Girard, A. (1993). The Head and Neck Radiotherapy Questionnaire: A morbidity/quality-of-life instrument for clinical trials of radiation therapy in locally advanced head and neck cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *11*(5): 863–872. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.5.863>
- Bui, Q.U., Ostir, G.V., Kuo, Y.F., Freeman, J. & Goodwin, J.S. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat.* *89*(1): 23-8.
- Campbell, B. H., Marbella, A., & Layde, P. M. (2000). Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. *The Laryngoscope*, *110*(6): 895–906. <https://doi.org/10.1097/00005537-200006000-00003>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5* (3): 521-551.
- Cardemil, F. (2014). Epidemiología del carcinoma escamoso de cabeza y cuello. *Revista chilena de cirugía*, *66*(6): 614–620. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262014000600017>

- Carmines, E. G. & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Beverly Hills. Sage Publications.
- Carvalho, A.P., Vital, F.M. & Soares, B.G. (2012). Exercise interventions for shoulder dysfunction in patients treated for head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(4).
- Cella, D. F., 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: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 11(3): 570–579.
<https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Comprehensive N, Network C. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) (2013). Distress Management; Annual guidelines.
- Chan, J. K., Yip, T. T., Tsang, W. Y., Poon, Y. F., Wong, C. S., & Ma, V. W. (1994). Specific association of Epstein-Barr virus with lymphoepithelial carcinoma among tumors and tumorlike lesions of the salivary gland. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 118(10): 994–997.
- Chang, M. Y., Rogers, S. N., Lowe, D., Jeong, W.-J., Cha, W., Park, K. T., ... Kwon, T.-K. (2012). The Korean version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for Patients with head and neck cancer, and its use in an initial validation study of 56 patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(10): 1201–1205. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.05.016>
- Chaplin, J.M. & Morton, R.P. (1999). A prospective, longitudinal study of pain in head and neck cancer patients. *Head and Neck*. 21(6): 531-7.
- Chen, L, Gallicchio, L., Boyd-Lindsley, K., Tao, X.G., Robinson, K.A., Lam, T.K., Herman, J.G., Caulfield, L.E., Guallar, E., Alberg, A.J. (2009). Alcohol Consumption and the Risk of Nasopharyngeal Carcinoma: A Systematic Review. *Nutrition and Cancer*, 61(1): 1–15. <https://doi.org/10.1080/01635580802372633>
- Chen, Y.-J., Chang, J. T.-C., Liao, C.-T., Wang, H.-M., Yen, T.-C., Chiu, C.-C., ... Cheng, A.-J. (2008). Head and neck cancer in the betel quid chewing area: Recent advances

- in molecular carcinogenesis. *Cancer Science*, 99(8): 1507–1514.
<https://doi.org/10.1111/j.1349-7006.2008.00863.x>
- Chien, Y. C., Chen, J. Y., Liu, M. Y., Yang, H. I., Hsu, M. M., Chen, C. J., & Yang, C. S. (2001). Serologic markers of Epstein-Barr virus infection and nasopharyngeal carcinoma in Taiwanese men. *The New England Journal of Medicine*, 345(26): 1877–1882. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa011610>
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Ehlers, S. L., Raichle, K., Karnell, L., & Funk, G. (1999). Smoking and drinking behavior in patients with head and neck cancer: Effects of behavioral self-blame and perceived control. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(5): 407–418.
- Cogwell, R. A., & Anderson, K. F. (2001). Psychological And Psychosocial Implications Of Head And Neck Cancer. *The Internet Journal of Mental Health*, 1, 1–7.
- Conway, D. I., Hashibe, M., Boffetta, P., Wunsch-Filho, V., Muscat, J., La Vecchia, C., & Winn, D. M. (2009). Enhancing epidemiologic research on head and neck cancer: INHANCE - the international head and neck cancer epidemiology consortium. *Oral Oncology*, 45, 743–746.
- Cronbach, L. J. (1998). Fundamentos de los Tests Psicológicos. Aplicación a las Organizaciones, la Educación y la Clínica. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Deleyiannis, F. W., Weymuller, E. A., & Coltrera, M. D. (1997). Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III or IV) oropharyngeal cancer. *Head & Neck*, 19(6): 466–473.
- Deleyiannis, F. W., Weymuller, E. A., Coltrera, M. D., & Futran, N. (1999). Quality of life after laryngectomy: Are functional disabilities important? *Head & Neck*, 21(4): 319–324.
- De Boer, M. F., Van den Borne, B., Pruyn, J. F., Ryckman, R. M., Volovics, L., Knegt, P. P., ... Verwoerd, C. D. (1998). Psychosocial and physical correlates of survival and recurrence in patients with head and neck carcinoma: Results of a 6-year longitudinal study. *Cancer*, 83(12): 2567–2579.
- De Boer, M., McCormick, L., Pruyn, J., Ryckman, R., & van den Borne, B. (1999). Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surgery*, 120(3): 427–436.

- Derks, W., De Leeuw, R., Winnubst, J., & Hordijk, G.J. (2004). Elderly patients with head and neck cancer: physical, social and psychological aspects after one year. *Acta Oto-Laryngologica*, 124, 509–514.
- DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D., Kramer, J. L., ... Jemal, A. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(4): 252–271. <https://doi.org/10.3322/caac.21235>
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14): 2101–2107.
- Djan, R., & Penington, A. (2013). A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS*, 66(5): 647–659. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2013.01.007>
- D'cruz, A. K., Yueh, B., Das, A. K., McDowell, J. A., Chaukar, D. A., & Ernest, A. W. (2007). Validation of the University of Washington quality of life questionnaires for head and neck cancer patients in India. *Indian Journal of Cancer*, 44(4): 147–154.
- dos Santos Queija, D., Portas, J. G., Dedivitis, R. A., Lehn, C. N., & Barros, A. P. B. (2009). Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(4): 556–564. [https://doi.org/10.1016/S1808-8694\(15\)30496-1](https://doi.org/10.1016/S1808-8694(15)30496-1)
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. California. Sage Publications
- Duffy, S. A., Ronis, D. L., Valenstein, M., Fowler, K. E., Lambert, M. T., Bishop, C., & Terrell, J. E. (2007). Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 48(2): 142–148. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.2.142>
- Duffy, S. A., Terrell, J. E., Valenstein, M., Ronis, D. L., Copeland, L. A., & Connors, M. (2002). Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 24(3): 140–147.

- Elosua-Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15(2): 315-321.
- Erisen, L., Basel, B., Irdesel, J., Zarifoglu, M., Coskun, H., Basut, O., Tezel, I., Hizalan, I., Onart, S. (2004). Shoulder function after accessory nerve-sparing neck dissections. *Head and Neck*, 26(11): 967-71.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research: BCR*, 9(4): R44.
<https://doi.org/10.1186/bcr1744>
- Fang, F.-M., Chien, C.-Y., Kuo, S.-C., Chiu, H.-C., & Wang, C.-J. (2004). Changes in quality of life of head-and-neck cancer patients following postoperative radiotherapy. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 43, 571–578.
<https://doi.org/10.1080/02841860410018430>
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., & Bray, F. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 v1.0. Recuperado el 20 de septiembre de 2019, de International Agency for Research on Cancer website: <http://globocan.iarc.fr>.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 169–180. <https://doi.org/>
- Fernández, A. (2008). Propiedades Psicométricas de las Escalas y Cuestionarios Objetivos en Psicología: Aspectos a Considerar en la Construcción, Adaptación y Utilización de Instrumentos Psicológicos.
- Fingeret, M. C., Yuan, Y., Urbauer, D., Weston, J., Nipomnick, S., & Weber, R. (2012). The nature and extent of body image concerns among surgically treated patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 21(8): 836–844.
<https://doi.org/10.1002/pon.1990>
- Funk, G. F., Karnell, L. H., Christensen, A. J., Moran, P. J., & Ricks, J. (2003). Comprehensive head and neck oncology health status assessment. *Head & Neck*, 25(7): 561–575. <https://doi.org/10.1002/hed.10245>

- Frampton, M. (2001). Psychological distress in patients with head and neck cancer: Review. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 39(1): 67–70. <https://doi.org/10.1054/bjom.2000.0547>
- Flores-Juárez, J., Galindo-Vázquez, O., Álvarez-Avitia, M.Á., Sobrevilla Moreno, N., Meneses-García, A., Lerma, A. & Rogers, S.N. (2019). Propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) una muestra de pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. Datos no publicados
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros Rosas, 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>
- Gallegos-Hernández, J. F. (2006). El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cirugía y Cirujanos*, 7(4): 287-293
- Gallegos-Hernández, J. F., Paredes-Hernández, E., Flores-Díaz, R., Minauro-Muñoz, G., Apresa-García, T., & Hernández-Hernández, D. M. (2007). [Human papillomavirus: Association with head and neck cancer]. *Cirugia Y Cirujanos*, 75(3): 151–155.
- Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 122(1): 155–164. <https://doi.org/10.1002/ijc.23033>
- Ganz, P. A. (2009). Survivorship: Adult cancer survivors. *Primary Care*, 36(4), 721–741. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2009.08.001>
- Gempp, R. (2006). El error estándar de medida y la puntuación verdadera de los tests psicológicos: Algunas recomendaciones prácticas. *Terapia psicológica*, 24, 117-130.
- Ghazali, N., Cadwallader, E., Lowe, D., Humphris, G., Ozakinci, G., & Rogers, S. N. (2013). Fear of recurrence among head and neck cancer survivors: Longitudinal trends. *Psycho-Oncology*, 22(4): 807–813. <https://doi.org/10.1002/pon.3069>

- Gibson, M. K., & Forastiere, A. A. (2004). Multidisciplinary approaches in the management of advanced head and neck tumors: State of the art. *Current Opinion in Oncology*, 16(3): 220–224.
- Guha, N., Boffetta, P., Wünsch Filho, V., Eluf Neto, J., Shangina, O., Zaridze, D., ... Brennan, P. (2007). Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: Results of two multicentric case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 166(10): 1159–1173. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm193>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12): 1417–1432.
- Gupta, D., Rodeghier, M. & Lis, C.G. (2014). Patient satisfaction with service quality as a predictor of survival outcomes in breast cancer. *Support Care Cancer*, 22(1): 129-34.
- Guru, K., Manoor, U.K., & Supe, S.S. (2012). A comprehensive review of head and neck cancer rehabilitation: physical therapy perspectives. *Indian journal of palliative care*, 18(2): 87-97.
- Hall, S. F., Groome, P. A., & Rothwell, D. (2000). The impact of comorbidity on the survival of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head & Neck*, 22(4): 317–322.
- Haisfield-Wolfe, M. E., McGuire, D. B., Soeken, K., Geiger-Brown, J., & De Forge, B. R. (2009). Prevalence and correlates of depression among patients with head and neck cancer: A systematic review of implications for research. *Oncology Nursing Forum*, 36(3): E107-125. <https://doi.org/10.1188/09.ONF.E107-E125>
- Hamilton-Dutoit, S. J., Therkildsen, M. H., Neilsen, N. H., Jensen, H., Hansen, J. P., & Pallesen, G. (1991). Undifferentiated carcinoma of the salivary gland in Greenlandic Eskimos: Demonstration of Epstein-Barr virus DNA by in situ nucleic acid hybridization. *Human Pathology*, 22(8): 811–815. [https://doi.org/10.1016/0046-8177\(91\)90210-g](https://doi.org/10.1016/0046-8177(91)90210-g)
- Hanna, E., Sherman, A., Cash, D., Adams, D., Vural, E., Fan, C.-Y., & Suen, J. Y. (2004). Quality of life for patients following total laryngectomy vs chemoradiation for laryngeal preservation. *Archives of Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 130(7): 875–879. <https://doi.org/10.1001/archotol.130.7.875>

- Hashibe, M., Brennan, P., Chuang, S.-C., Boccia, S., Castellsague, X., Chen, C., ...
Boffetta, P. (2009). Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 18(2): 541–550.
<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-08-0347>
- Hassan, S. J., & Weymuller, E. A. (1993). Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head & Neck*, 15(6): 485–496.
- Hassanein, K. A., Musgrove, B. T., & Bradbury, E. (2001). Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 39(5): 340–345.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 15(2): 135–148
- Heutte, N., Plisson, L., Lange, M., Prevost, V., & Babin, E. (2014). Quality of life tools in head and neck oncology. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 131(1): 33–47. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2013.05.002>
- Hernández, J. (2019). *Niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes mexicanos con cáncer*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) Metodología de la Investigación. (4ª ed.) México, D.F.: Mc Graw Hill. Interamericana editores S.A.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2013) Metodología de la Investigación. (5ª ed.) México: Mc Graw-Hill. Interamericana editores S.A.
- Howren, M. B., Christensen, A. J., Karnell, L. H., & Funk, G. F. (2010). Health-related quality of life in head and neck cancer survivors: Impact of pretreatment depressive symptoms. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(1): 65–71.
<https://doi.org/10.1037/a0017788>

- Howren, M. B., Christensen, A. J., Karnell, L. H., & Funk, G. F. (2013). Psychological Factors Associated with Head and Neck Cancer Treatment and Survivorship: Evidence and Opportunities for Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(2): 299–317. <https://doi.org/10.1037/a0029940>
- Horney, D. J., Smith, H. E., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. D. (2011). Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & Neck, 33*(1): 65–71. <https://doi.org/10.1002/hed.21407>
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., ... Handzo, G. F. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 8*(4): 448–485.
- International Agency for Research on Cancer. (2018a). Global cancer observatory. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, de <https://gco.iarc.fr/?fbclid>
- International Agency for Research on Cancer. (2019b). México Source: Globocan 2018. International Agency for Research on Cancer. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>
- Jemal, A., Thomas, A., Murray, T., & Thun, M. (2002). Cancer statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52*(1): 23–47.
- Kanatas, A. N., & Rogers, S. N. (2004). A national survey of health-related quality of life questionnaires in head and neck oncology. *Annals of the Royal College of Surgeons of England, 86*(1): 6–10. <https://doi.org/10.1308/003588404772614605>
- Kanatas, A. N., & Rogers, S. N. (2010). A systematic review of patient self-completed questionnaires suitable for oral and maxillofacial surgery. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 48*(8): 579–590. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2009.12.004>
- Karnell, L. H., Christensen, A. J., Rosenthal, E. L., Magnuson, J. S., & Funk, G. F. (2007). Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. *Head & Neck, 29*(2): 143–146. <https://doi.org/10.1002/hed.20501>
- Katz, M. R., Irish, J. C., Devins, G. M., Rodin, G. M., & Gullane, P. J. (2003). Psychosocial adjustment in head and neck cancer: The impact of disfigurement,

- gender and social support. *Head & Neck*, 25(2): 103–112.
<https://doi.org/10.1002/hed.10174>
- Katz, M. R., Kopek, N., Waldron, J., Devins, G. M., & Tomlinson, G. (2004). Screening for depression in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 13(4): 269–280.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). Metodología de la investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. México: Mc Graw Hill.
- Koster, M. E., & Bergsma, J. (1990). Problems and coping behaviour of facial cancer patients. *Social Science & Medicine*, 30(5): 569–578.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88(12): 2817–2823.
- La Mantia, I., Rossitto, F., & Andaloro, C. (2017). Quality of life in head and neck cancer: Patients' and family caregivers' perceptions. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*, 18(3): 247–250. <https://doi.org/10.1016/j.ejenta.2017.11.002>
- Laraway, D. C., & Rogers, S. N. (2012). A structured review of journal articles reporting outcomes using the University of Washington Quality of Life Scale. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 50(2): 122–131.
<https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.12.005>
- Lee, Y.-H., Lai, Y.-H., Yueh, B., Chu, P.-Y., Chen, Y.-J., Chen, S.-C., & Wang, C.-P. (2017). Validation of the University of Washington Quality of Life Chinese Version (UWQOL-C) for head and neck cancer patients in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi*, 116(4): 249–256.
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.01.002>
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence—A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology*, 6(2): 95–105.
- Lewis, S., Salins, N., Kadam, A., & Rao, R. (2013). Distress Screening Using Distress Thermometer in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy and Evaluation of Causal Factors Predicting Occurrence of Distress. *Indian Journal of Palliative Care*, 19(2), 88–92. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.116703>

- Lydiatt, W. M., Moran, J., & Burke, W. J. (2009). A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clinical Advances in Hematology & Oncology: H&O*, 7(6): 397–403.
- Linardoutsos, G., Rapis, A. D., Lowe, D., Bramis, I., & Rogers, S. N. (2014). Development of the Greek version of the University of Washington quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery: Official Publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 42(5): 601–607. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2013.08.001>
- List, M. A., & Bilir, S. P. (2004). Functional outcomes in head and neck cancer. *Seminars in Radiation Oncology*, 14(2): 178–189.
- List, M. A., Ritter-Sterr, C., & Lansky, S. B. (1990). A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer*, 66(3): 564–569. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19900801\)66:3<564::aid-cnrc2820660326>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19900801)66:3<564::aid-cnrc2820660326>3.0.co;2-d)
- List, M.A., Lee Rutherford, J., Stracks, J., Haraf, D., Kies, M.S., Vokes, E.E. (2002). An exploration of the pretreatment coping strategies of patients with carcinoma of the head and neck. *Cancer*. 95, 98–104.
- Lowe, D., & Rogers, S. N. (2018). *University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL v4)*. 14.
- Lowery, A.E., y Holland, J.C. (2011). Screening cancer patients for distress: Guidelines for routine implementation. *Community Oncology*. 8:502–5
- Lozano-Arrazola, A., Cupil-Rodríguez, A. L., Alvarado-Aguilar, S., & Granados-García, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3): 156–161.
- Luce, D., Gérin, M., Leclerc, A., Morcet, J. F., Brugère, J., & Goldberg, M. (1993). Sinonasal cancer and occupational exposure to formaldehyde and other substances. *International Journal of Cancer*, 53(2): 224–231. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910530209>
- Llewellyn, C. D., McGurk, M., & Weinman, J. (2006). Head and neck cancer: To what extent can psychological factors explain differences between health-related quality

- of life and individual quality of life? *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 44(5): 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2005.06.033>
- Marur, S., & Forastiere, A. A. (2008). Head and neck cancer: Changing epidemiology, diagnosis, and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(4): 489–501. <https://doi.org/10.4065/83.4.489>
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (32): 57–71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
- Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 211–230.
- Mayne, S. T., Cartmel, B., Kirsh, V., & Goodwin, W. J. (2009). Alcohol and tobacco use prediagnosis and postdiagnosis, and survival in a cohort of patients with early stage cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 18(12): 3368–3374. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0944>
- Mayne, S. T., Morse, D. E., & Winn, D. M. (2009). Cancers of the Oral Cavity and Pharynx. In *Cancer Epidemiology and Prevention Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195149616.003.0035>
- Mehanna, H. M., & Morton, R. P. (2006). Patients' views on the utility of quality of life questionnaires in head and neck cancer: A randomised trial. *Clinical Otolaryngology: Official Journal of ENT-UK; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*, 31(4): 310–316. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2006.01256.x>
- Mehanna, H., Paleri, V., West, C. M. L., & Nutting, C. (2010). Head and neck cancer--Part 1: Epidemiology, presentation, and prevention. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c4684. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4684>
- Melo Filho, M. R. de, Rocha, B. A., Pires, M. B. de O., Fonseca, E. S., Freitas, E. M. de Martelli Junior, H., & Santos, F. B. G. (2013). Quality of life of patients with head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(1): 82–88.

- Mendoza, J., y Garza, J. B. (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad (Measurement in the scientific research process: Content validity and reliability evaluation). *InnOvaciOnes de NegOciOs* 6(1): 16.
- Millsopp, L., Humphris, G., Lowe, D., & Rogers, S. (2003). Patient's response using freetext in the University of Washington Quality of Life Scale. *Head & Neck*, 25, 1042–50.
- Misono, S., Weiss, N.S., Fann, J.R., Redman, M. & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cáncer. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(29): 4731–4738.
- Murphy, B. A., Ridner, S., Wells, N., & Dietrich, M. (2007). Quality of life research in head and neck cancer: A review of the current state of the science. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 62(3): 251–267.
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2006.07.005>
- National Cancer Institute. (2017). Head and Neck Cancers. Recuperado el 15 de septiembre de 2019, a partir de: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet>
- Nazar, G., Garmendia, M. L., Royer, M., McDowell, J. A., Weymuller, E. A., & Yueh, B. (2010). Spanish validation of the University of Washington Quality of Life questionnaire for head and neck cancer patients. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 143(6): 801–807, 807.e1-2. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2010.08.008>
- Neilson, K. A., Pollard, A. C., Boonzaier, A. M., Corry, J., Castle, D. J., Mead, K. R., ... Couper, J. W. (2010). Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers. *The Medical Journal of Australia*, 193(5 Suppl): S48-51.
- Nunnally, J. (1991). Teoría psicométrica. México: Mc Graw Hill
- Nunnally, J. y Bernstein, Y. (1995). Teoría psicométrica. México: Mc Graw Hill.
- Ojo, B., Genden, E. M., Teng, M. S., Milbury, K., Misiukiewicz, K. J., & Badr, H. (2012). A systematic review of head and neck cancer quality of life assessment instruments.

- Oral Oncology*, 48(10): 923–937.
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.03.025>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). Recuperado el 19 de septiembre de 2019, de
Cáncer website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). Recuperado el 19 de septiembre de 2019, de
Factores de riesgo website: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio.
International Journal of Morphology, 35(1): 227-232.
- Pateman, K. A., Batstone, M. D., & Ford, P. J. (2017). Joining the dots: Can UW-QoL free-text data assist in understanding individual treatment experiences and QoL outcomes in head and neck cancer? *Psycho-Oncology*, 26(12): 2300-2303.
<https://doi.org/10.1002/pon.4392>
- Paula, J. M. de, Sonobe, H. M., Nicolussi, A. C., Zago, M. M. F., & Sawada, N. O. (2012). Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: A prospective study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2): 362–368. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200020>
- Pace-Balzan, A., Cawood, J. I., Howell, R., Lowe, D., & Rogers, S. N. (2004). The Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire: A pilot study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(6): 609–617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01279.x>
- Pandey, M., Devi, N., Thomas, B. C., Kumar, S. V., Krishnan, R., & Ramdas, K. (2007). Distress overlaps with anxiety and depression in patients with head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 16(6): 582–586. <https://doi.org/10.1002/pon.1123>
- Penedo, F.J., Traeger, L., Benedict, C., Thomas, G., Dahn, J.R., Krause, M.H., & Goodwin, W.J. (2012). Perceived social support as a predictor of disease-specific quality of life in head-and-neck cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(3): 119-123.
- Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (32), 32–39. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh026>

- Pfister, D. G., Spencer, S., Brizel, D. M., Burtness, B., Busse, P. M., Caudell, J. J., ... Hughes, M. (2015). Head and Neck Cancers, Version 1.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 13(7): 847–856.
- Prieto, G., y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67–74.
- Reyes, I., y García, L. (2008). *Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo*. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón, & I. Reyes Lagunes (Eds.). *La Psicología Social en México*, Vol. XII (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Reyes Carmona, C., Monterrosas Rojas, A., Navarrete Martínez, A., Acosta Martínez, E. y Torruco García, U. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica*, 6(21): 42-46.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3): 143–148. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)
- Ringash, J., Bezjak, A., O’Sullivan, B., & Redelmeier, D. A. (2004). Interpreting differences in quality of life: The FACT-H&N in laryngeal cancer patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(4): 725–733. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000021703.47079.46>
- Ringash, J., & Bezjak, A. (2001). A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head & Neck*, 23(3): 201–213.
- Rogers, S. N. (2010). Quality of life perspectives in patients with oral cancer. *Oral Oncology*, 46(6), 445–447. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.02.021>
- Rogers, S. N., Ahad, S. A., & Murphy, A. P. (2007). A structured review and theme analysis of papers published on ‘quality of life’ in head and neck cancer: 2000–2005. *Oral Oncology*, 843–868.
- Rogers, S. N., Lowe, D., Brown, J. S., & Vaughan, E. D. (1998). A comparison between the University of Washington Head and Neck Disease-Specific measure and the Medical Short Form 36, EORTC QOQ-C33 and EORTC Head and Neck 35. *Oral Oncology*, 34(5): 361–372.

- Rogers, S. N., Fisher, S. E., & Woolgar, J. A. (1999). A review of quality of life assessment in oral cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 28(2): 99–117.
- Rogers, S. N., Gwanne, S., Lowe, D., Humphris, G., Yueh, B., & Weymuller, E. A. (2002). The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington quality of life scale. *Head & Neck*, 24(6): 521–529. <https://doi.org/10.1002/hed.10106>
- Rogers, S. N., Rajlawat, B., Goru, J., Lowe, D., & Humphris, G. M. (2006). Comparison of the domains of anxiety and mood of the University of Washington Head and Neck Cancer Questionnaire (UW-QOL V4) with the CES-D and HADS. *Head & Neck*, 28(8): 697–704. <https://doi.org/10.1002/hed.20389>
- Rogers, S. N., & Lowe, D. (2009). Screening for dysfunction to promote multidisciplinary intervention by using the University of Washington Quality of Life Questionnaire. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, 135(4): 369-375. <https://doi.org/10.1001/archoto.2009.7>
- Rogers, S. N., El-Sheikha, J., & Lowe, D. (2009). The development of a Patients Concerns Inventory (PCI) to help reveal patients concerns in the head and neck clinic. *Oral Oncology*, 45(7): 555–561. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.09.004>
- Rogers, S. N., Lowe, D., Yueh, B., & Weymuller, E. A. (2010). The physical function and social-emotional function subscales of the University of Washington Quality of Life Questionnaire. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, 136(4): 352–357. <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.32>
- Rogers, S. N., Scott, B., Lowe, D., Ozakinci, G., & Humphris, G. M. (2010). Fear of recurrence following head and neck cancer in the outpatient clinic. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 267(12): 1943–1949. <https://doi.org/10.1007/s00405-010-1307-y>
- Rogers, S. N., Hogg, E. S., Cheung, W. K. A., Lai, L. K. L., Jassal, P., & Kanatas, A. (2015). ‘What will I be like’ after my diagnosis of head and neck cancer? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(9): 2463–2472. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3189-x>

- Rogers, S. N., Pinto, R. S., Lancaster, J., Bekiroglu, F., Lowe, D., Tandon, S., & Jones, T. M. (2016). Health related quality of life following the treatment of oropharyngeal cancer by transoral laser. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 273(11): 3913–3920. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4035-0>
- Rogers, S. N., Semple, C., Babb, M., & Humphris, G. (2016). Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology and Otology*, 130(Suppl 2): S49–S52. <https://doi.org/10.1017/S0022215116000438>
- Rust, J. & Golombok, S. (1999). *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment*. London: Routledge.
- Sadura, A., Pater, J., Osoba, D., Levine, M., Palmer, M., & Bennett, K. (1992). Quality-of-life assessment: Patient compliance with questionnaire completion. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(13): 1023-1026. <https://doi.org/10.1093/jnci/84.13.1023>
- Sawada, N.O., de Paula, J.M., Sonobe, H., Zago, M.M., Guerrero, G.P. & Nicolussi, A.C. (2012). Depression, fatigue, and health-related quality of life in head and neck cancer patients: a prospective pilot study. *Support Care Cancer*, 20(11): 2705-11.
- Sayed, S. I., Elmiyeh, B., Rhys-Evans, P., Syrigos, K. N., Nutting, C. M., Harrington, K. J., & Kazi, R. (2009). Quality of life and outcomes research in head and neck cancer: A review of the state of the discipline and likely future directions. *Cancer Treatment Reviews*, 35(5): 397–402. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2009.03.001>
- Senkal, H. A., Hayran, M., Karakaya, E., Yueh, B., Weymuller, E. A., & Hoşal, A. Ş. (2012). The validity and reliability of the Turkish version of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *American Journal of Otolaryngology*, 33(4): 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2011.10.014>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(1): 5–29. <https://doi.org/10.3322/caac.21254>

- Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: Specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 4(4): 361–371. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8>
- Solórzano Santos, F. (2010). Virus Epstein-Barr, más allá de la mononucleosis infecciosa. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(5): 387–389.
- Suzuki, M., Deno, M., Myers, M., Asakage, T., Takahashi, K., Saito, K., ... Miyashita, M. (2016). Anxiety and depression in patients after surgery for head and neck cancer in Japan. *Palliative & Supportive Care*, 14(3): 269–277. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000930>
- Terrell, J. E. (1999). Quality of life assessment in head and neck cancer patients. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 13(4): 849–865.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3): 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Tirado, L., & Granados, M. (2007). *Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello*. 2, 9–17.
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2): 87–108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: Use of the Distress Thermometer. *Cancer*, 113(4): 870–878. <https://doi.org/10.1002/cncr.23622>
- Trotti, A., Johnson, D. J., Gwede, C., Casey, L., Sauder, B., Cantor, A., & Pearlman, J. (1998). Development of a head and neck companion module for the quality of life-radiation therapy instrument (QOL-RTI). *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 42(2): 257–261. [https://doi.org/10.1016/s0360-3016\(98\)00224-7](https://doi.org/10.1016/s0360-3016(98)00224-7)
- Umeda, M., Shigeta, T., Takahashi, H., Oguni, A., Kataoka, T., Minamikawa, T., Shibuya, Y. & Komori, T. (2010). Shoulder mobility after spinal accessory nerve-sparing modified radical neck dissection in oral cancer patients. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiol Endodontology*, 109(6): 820-4

- Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Priante, A. V. M., de Melo, R. L., Correia, L. M., ... Kowalski, L. P. (2004). Long-term quality-of-life evaluation after head and neck cancer treatment in a developing country. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, *130*(10): 1209–1213. <https://doi.org/10.1001/archotol.130.10.1209>
- Vartanian, J. G., Carvalho, A. L., Yueh, B., Furia, C. L. B., Toyota, J., McDowell, J. A., ... Kowalski, L. P. (2006). Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, *28*(12): 1115–1121. <https://doi.org/10.1002/hed.20464>
- Veitía, D., Liuzzi, J., Correnti, M., Ávila, M., De Guglielmo, Z., Siso, S. & Da Cunha, M. (2015). Detección de virus Epstein Barr en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Venezolana de Oncología*, *27*(3): 149-155.
- Verdonck-de Leeuw, I. M., Eerenstein, S. E., Van der Linden, M. H., Kuik, D. J., de Bree, R., & Leemans, C. R. (2007). Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *The Laryngoscope*, *117*(2): 238–241.
- Visacri, M. B., Ferrari, G. B., Pimentel, R., Ambrósio, R. D. F. L., Lima, C. S. P., Mazzola, P. G., & Moriel, P. (2015). Evaluation of the quality of life of patients before treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck by means of chemoradiotherapy. *Contemporary Oncology*, *19*(2): 148–153. <https://doi.org/10.5114/wo.2015.51420>
- 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*, *30*(6): 473–483.
- Weymuller, E. A., Yueh, B., Deleyiannis, F. W., Kuntz, A. L., Alsarraf, R., & Coltrera, M. D. (2000). Quality of life in patients with head and neck cancer: Lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, *126*(3): 329–335; discussion 335-336.
- Weymuller, E. A., Alsarraf, R., Yueh, B., Deleyiannis, F. W., & Coltrera, M. D. (2001). Analysis of the performance characteristics of the University of Washington Quality of Life instrument and its modification (UW-QOL-R). *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, *127*(5): 489–493.
- Wu, Y.-S., Lin, P.-Y., Chien, C.-Y., Fang, F.-M., Chiu, N.-M., Hung, C.-F., ... Chong, M.-Y. (2016). Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month

- follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12: 1029–1036.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S103203>
- Wyss, A., Hashibe, M., Chuang, S.-C., Lee, Y.-C. A., Zhang, Z.-F., Yu, G.-P., ... Olshan, A. F. (2013). Cigarette, cigar, and pipe smoking and the risk of head and neck cancers: Pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *American Journal of Epidemiology*, 178(5): 679–690.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwt029>
- Wyshak, G. & Barsky, A. (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression. Patient and physician ratings compared. *Gen Hosp Psychiatry*, 17(2): 108-14.
- Young, P. E., Beasley, N. J., Houghton, D. J., Husband, D. J., Currie, M., Chislett, B., & Jones, A. S. (1998). A new short practical quality of life questionnaire for use in head and neck oncology outpatient clinics. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 23(6): 528–532. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2273.1998.2360528.x>
- Yu, M., & Yuan, J. (2002). Epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Seminars in Cancer Biology*, 12(6): 421–429.
- Zeka, A., Gore, R., & Kriebel, D. (2003). Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: A meta-regression analysis. *Cancer Causes & Control: CCC*, 14(9): 897–906.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6): 361-70.

Apéndices

Apéndice 1.- Carta de autorización para uso y validación de la Escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4)

Carpeta nueva

Carta

Traducido de: Inglés [Mostrar mensaje original](#) | [Activar las respuestas automáticas](#)

JJ Joel F J
Jue 05/04/2018 03:21 PM
snrogers.aintree@gmail.com

Estimado Dr. Simon N. Rogers

Mi nombre es Joel Flores Juárez, soy estudiante de Psicología, actualmente estoy investigando en el Instituto Nacional de Cancerología, México del Departamento de Psico-oncología, bajo la supervisión del Dr. Oscar Galindo Vázquez, investigador del Instituto Nacional de Cáncer Cancerología.

El propósito de esta carta es solicitar su autorización para utilizar la versión 4 de la calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QOLv4). Nuestro objetivo es validar la escala en un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en la Ciudad de México, para lo cual llevaremos a cabo un proceso de traducción y retraducción.

Gracias de antemano por su atención, espero que podamos trabajar en este importante proyecto.

Atentamente, Joel Flores Juárez.

Carpeta nueva

Carta

SR Simon Rogers <snrogers.aintree@gmail.com>
Vie 06/04/2018 10:19 AM
Usted

Estimado Joel
Gracias por el correo electrónico.

UW-QOLv4 es de uso gratuito y no necesita aprobación previa. Todo lo que se le pide es que es referencia en consecuencia: Rogers SN, Gwane S et al 2002

Algunas traducciones están disponibles <http://www.headandneckcancer.co.uk/professionals/quality-life/gol-questionnaires/uw-hrql/uw-qol-v4-translations>

Si estás traduciendo otro lo que pedimos es que cuando estés listo podamos publicar esto en el sitio web para que otros accedan. Su contribución será reconocida...

La guía de puntuación se ha actualizado
<http://www.headandneckcancer.co.uk/sites/default/files/assets/pages/UW-QOL-update-2018.pdf>

Estoy muy interesado en mantenerme en contacto y por colaboración / asociación.

Otra área que está al día para nosotros es el Inventario de Preocupaciones del Paciente. Ya hay traducciones, pero tal vez usted podría ser capaz de agregar esto a la corriente de trabajo UW-QOLv4
<http://www.headandneckcancer.co.uk/professionals/patient-concerns-inventory/pci-head-neck-cancer/pci-translations>

La lista rápida trabaja para aumentar el enfoque HRQOL de los cuestionarios estándar de cáncer de H&N.

Apéndice 2: Formato validación a través de jueces

Instituto Nacional de Cancerología



FORMATO DE VALIDACIÓN A TRAVÉS DE JUECES

Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4

(UW-QOLv4)

Rogers, S. N. (2002)

Nombre del juez: _____

Especialidad: _____

Estimado (a) experto (a):

Actualmente estamos solicitando la revisión del instrumento de evaluación que se utilizará en una muestra de pacientes oncológicos con el objetivo de validar la escala para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en población mexicana.

Le solicitamos en su calidad de experto en el área, proporcione su criterio para validar la ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON VERSIÓN 4 (UW-QOLV4) con los criterios de pertinencia (P), redacción (R) lenguaje apropiado para la población (L), validez teórica (V), validez aparente (A) y validez de contenido (C).

Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4

(UW-QOLv4)

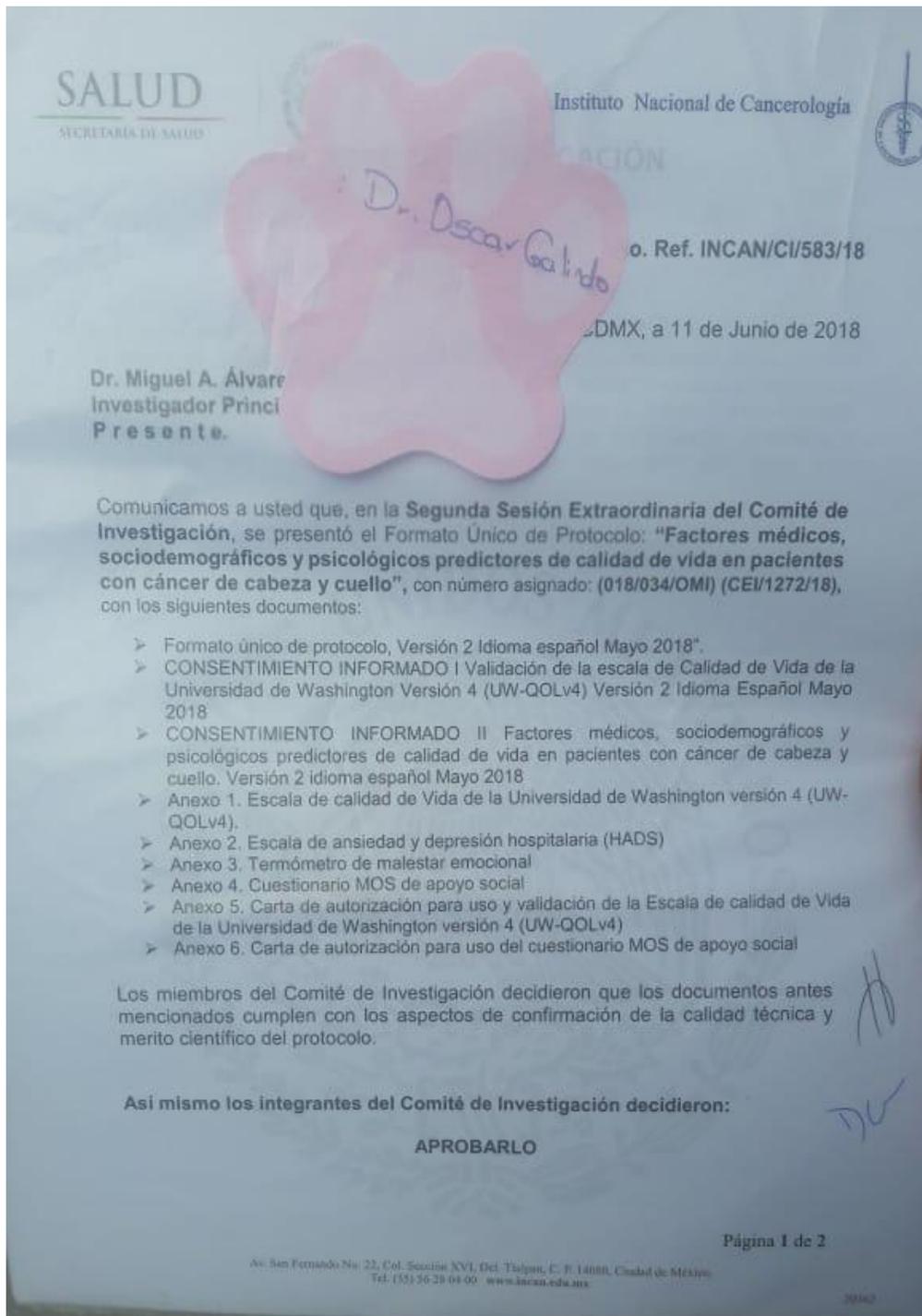
“Este cuestionario pregunta sobre su salud y calidad de vida en los últimos siete días. Por favor responda todas las preguntas marcando sólo una opción para cada pregunta.”

Comentarios sobre las instrucciones: _____

Preguntas

| | | P | R | L | V | A | C |
|--|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Dolor. (Marque una casilla:) | | | | | | | |
| No tengo dolor. | (100) | | | | | | |
| Dolor leve que no necesita medicamento. | (75) | | | | | | |
| Dolor moderado: requiere medicamentos comunes (por ejemplo, paracetamol). | (50) | | | | | | |
| Tengo dolor severo controlado solo con medicamentos que requieren prescripción (por ejemplo, morfina). | (25) | | | | | | |
| Tengo un dolor fuerte, no controlado por el medicamento | (0) | | | | | | |

Apéndice 3.- Aprobación del protocolo: “Factores médicos, sociodemográficos y psicológicos predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello” (018/034/OMI) (CEI/1272/18)”



Apéndice 4: Hoja de registro de caso para pacientes con cáncer de cabeza y cuello

“Validación de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4

(UW-QOLv4)”

Instrucciones para el Aplicador

Instrucciones: Informar a la participante lo siguiente:

Este cuestionario es acerca de los factores que pueden afectar la calidad de vida de una persona que enfrenta la etapa de seguimiento y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello.

Este cuestionario fue diseñado por profesionales para conocer su bienestar físico, asuntos referentes a su bienestar psicológico, así como preocupaciones sociales y su bienestar general. 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 las participantes reporten alguna dificultad para responder, confusión, dificultad para entender, o donde ello(a)s sugieran palabras alternativas, ese reactivo se registrará en la hoja de respuesta de la 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 las pacientes encontraron adecuados.

Hoja de Registro de caso por cada participante:

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre su salud y su calidad de vida **en los últimos siete días**. Por favor conteste las siguientes preguntas marcando sólo una opción de respuesta para cada una.

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

| <i>¿Encontró?</i> | <i>Respuesta</i> | | <i>Comentarios o Razones</i> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Sí | No | |
| Dificultad: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Confusión: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Palabras difíciles: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lenguaje ofensivo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?: _____

1. Dolor

¿Encontró? Respuesta Comentarios o Razones

| <i>¿Encontró?</i> | <i>Respuesta</i> | | <i>Comentarios o Razones</i> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Sí | No | |
| Dificultad: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Confusión: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Palabras difíciles: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Lenguaje ofensivo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?: _____

Apéndice 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO I

Validación de la escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington Versión 4
(UW-QOLv4)

Versión 2 Idioma Español Mayo 2018

Instituto Nacional de Cancerología

Investigador principal: Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia

Teléfono: 47526933 ext. 55113

Propósito. Usted está invitado(a) a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: “Factores médicos, sociodemográficos y psicológicos predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello”. Su participación en este proyecto es voluntaria, puede rechazar su participación en el ensayo en cualquier momento sin penalización Si usted decide no participar, esto no afectará la atención que recibe o deba recibir en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Este consentimiento informado es únicamente para la fase de validación, por lo cual, no se realizarán procedimientos experimentales, diagnósticos invasivos, ni terapéuticos. Así mismo, es importante que antes de estar de acuerdo en participar, lea y entienda por completo la siguiente explicación sobre este protocolo de investigación.

Si tiene dudas o no entiende alguna parte de la información, pregunte al investigador que la está invitando a participar en este estudio. También puede comentarlo con su familia.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

El objetivo de la presente investigación es determinar aquellos factores médicos, sociodemográficos y psicológicos que predicen la calidad de vida de un grupo de pacientes. Con este fin se adaptará culturalmente la Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington Versión 4 (UW-QOLv4). En total, se planea que 160 pacientes con cáncer de cabeza y cuello del INCan, que estén en tratamiento, en periodo de seguimiento y en cualquier etapa clínica participen.

¿Cuál es el procedimiento?

Después de que usted haya firmado este consentimiento informado, su participación consistirá llenar en:

- i) Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) (tiene por objetivo evaluar su calidad de vida como los aspectos emocionales, físicos y de apoyo social).
- ii) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (tiene el objetivo de evaluar síntomas de ansiedad como preocupación o nerviosismo; y síntomas de depresión como tristeza y melancolía).

iii) Cuestionario MOS de Apoyo Social (tiene como objetivo evaluar el apoyo social que usted recibe durante el tratamiento de su enfermedad).

Si durante el estudio se dispone de nueva información que pueda ser relevante para usted, y que influya sobre su decisión para continuar en el estudio, se le informará a usted o a su representante legal de manera oportuna.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), Cuestionario MOS de Apoyo Social, tendrán una duración aproximada 15 minutos y únicamente tendrán que ser contestadas en una sola ocasión.

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de la escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), Cuestionario MOS de Apoyo Social, se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables, como: tristeza, ansiedad o preocupación, si esto ocurre, puede recibir apoyo del psicólogo(a) para ayudarle a sentirse mejor o del investigador que la invita a participar en este estudio.

Por el llenado de los cuestionarios, ¿Se esperan efectos adversos secundarios que impidan indemnización?

No se esperan efectos adversos secundarios que impidan indemnización por el llenado de los cuestionarios.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Con los resultados de este estudio se podrá tener una escala de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4 (UW-QOLv4) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en población mexicana validada, entre los aspectos a evaluar está la función física (apariencia, deglución, masticación, habla, gusto y saliva) y función socioemocional (dolor, actividad, recreación, hombro, estado de ánimo y ansiedad).

¿Cuáles son mis responsabilidades en este estudio?

Qué durante el llenado de los instrumentos, las respuestas sean lo más sinceras posibles y que traten de llenar todos los instrumentos.

¿Habrá compensación económica?

La participación en esta investigación no tiene costo alguno, tampoco habrá compensaciones económicas por su participación en el mismo.

¿Bajo qué circunstancias y/o razones puedo finalizar mi participación en el estudio?

Que durante el llenado de los instrumentos se pueda sentir incomodo con alguna pregunta, que pueda sentirse cansado debido a algún tratamiento o que decida ya no participar en el estudio debido a otras circunstancias personales.

¿Mi participación en el estudio se mantendrá confidencial?

Toda la información y datos personales que proporcione serán estrictamente confidenciales y privados; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de su nombre o algún otro dato que lo pueda identificar. Así mismo, se le comunica que autoridades sanitarias (COFEPRIS) y los Comités de Investigación y/o Ética en Investigación podrán revisar los documentos originales, incluyendo el expediente, para verificar la precisión y veracidad de sus datos. El monitor, auditor y las autoridades reguladoras tendrán acceso a su historia clínica para la verificación de los procedimientos y/o datos clínicos sin violar la confidencialidad de sus datos.

¿Qué hacer si usted tiene alguna duda sobre su participación en esta investigación?

Toda duda o pregunta, podrá consultarla con el investigador principal Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia del servicio de Oncología Médica de cabeza y cuello en persona en el consultorio 006 y 007 o por teléfono al 47526933 ext. 55113. Si tiene dudas sobre sus derechos como paciente, puede comunicarse con la Dra. Myrna G. Candelaria y/o Dra. Alejandra Monroy López, Presidente y Secretario del Comité de Ética en Investigación al teléfono 56280400, extensión 37015. Av. San Fernando 2, puerta 1, CP 14080, Col. Barrio del niño Jesús, Tlalpan. México D.F., C.P. 14080.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención. Usted recibirá una copia de este. Yo, _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en la “Validación de la escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington Versión 4 (UW-QOLv4), Versión 2 Idioma Español Mayo 2018”, cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados por el investigador. Él me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

Ciudad de México a _____ de _____ del 2018.

Participante

Nombre _____

Firma _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 1. Nombre _____
Parentesco _____
Dirección _____
Teléfono _____

Testigo 2.
Nombre _____
Parentesco _____
Dirección _____
Teléfono _____

Investigador principal.
Dr. Miguel Ángel Álvarez Avitia
Servicio de Oncología Médica de cabeza y cuello
Instituto Nacional de Cancerología INCan



Apéndice 6: Escala de calidad de vida de la Universidad de Washington

(UW-QOL v4)

Este cuestionario pregunta sobre su salud y su calidad de vida **en los últimos siete días**. Por favor conteste las siguientes preguntas marcando sólo una opción de respuesta para cada una.

1. Dolor. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

- | | |
|--|-------|
| No tengo dolor. | (100) |
| Dolor leve que no necesita medicamento. | (75) |
| Dolor moderado: requiere medicamentos comunes (por ejemplo, paracetamol). | (50) |
| Tengo dolor fuerte controlado solo con medicamentos que requieren receta (por ejemplo, morfina). | (25) |
| Tengo un dolor fuerte, no controlado por el medicamento | (0) |

2. Apariencia. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

- | | |
|---|-------|
| No hay cambios en mi apariencia. | (100) |
| Los cambios en mi apariencia son menores. | (75) |
| Mi apariencia me molesta, pero sigo activo. | (50) |
| Me siento muy afectado y limito mis actividades debido a mi apariencia. | (25) |
| No puedo estar con otras personas debido a mi apariencia | (0) |

3. Actividad. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

- | | |
|---|-------|
| Soy tan activo como siempre. | (100) |
| A veces no puedo mantener mi rutina anterior, pero no me pasa seguido. | (75) |
| A menudo estoy cansado y he bajado el ritmo de mis actividades, aunque sigo saliendo. | (50) |
| No salgo porque no tengo fuerzas. | (25) |
| Normalmente estoy recostado (a) o sentado (a) y no salgo de casa. | (0) |

4. Actividades recreativas. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

No hay limitaciones para realizar actividades de ocio en el hogar o fuera de casa. (100)

Hay algunas cosas que no puedo hacer, pero todavía salgo y disfruto de la vida. (75)

Hay muchas ocasiones en las que desearía poder salir más, pero no estoy dispuesto a hacerlo. (50)

Hay serias limitaciones para lo que puedo hacer, casi siempre me quedo en casa y veo televisión. (25)

No puedo hacer nada que disfrute. (0)

5. Tragar. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Puedo tragar tan bien como siempre. (100)

No puedo tragar ciertos alimentos sólidos. (70)

Solo puedo tragar comida líquida. (30)

No puedo tragar porque "el alimento se va por el camino equivocado" y me ahogo. (0)

6. Masticar. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Puedo masticar tan bien como siempre. (100)

Puedo masticar alimentos sólidos suaves, pero no puedo masticar algunos. (50)

Ni siquiera puedo masticar alimentos sólidos suaves. (0)

7. Habla. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Mi habla es igual que siempre. (100)

Tengo dificultad para decir algunas palabras, pero me entienden por teléfono. (70)

Solo mi familia y amigos pueden entender lo que digo. (30)

No se entiende lo que digo. (0)

8. Hombro. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

No tengo ningún problema con mi hombro. (100)

Mi hombro está rígido, pero no ha afectado mi actividad o fuerza. (70)

El dolor o la debilidad en mi hombro me ha llevado a cambiar mi trabajo / pasatiempos. (30)

No puedo trabajar o hacer mis pasatiempos debido a los problemas que tengo con mi hombro. (0)

9. Sabor. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Percibo el sabor de la comida igual que siempre. (100)

Percibo el sabor de la mayoría de los alimentos de manera normal. (70)

Percibo el sabor de algunas comidas (30)

No puedo percibir el sabor de ninguna comida. (0)

10. Saliva. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Mi saliva tiene una consistencia normal. (100)

Tengo menos saliva de lo normal, pero es suficiente. (70)

Tengo muy poca saliva. (30)

No tengo saliva. (0)

11. Estado de ánimo. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

Mi estado de ánimo es excelente y no se ve afectado por mi cáncer. (100)

Mi estado de ánimo generalmente es bueno y solo ocasionalmente se ve afectado por mi cáncer. (75)

No estoy de ni buen humor ni estoy deprimido por mi cáncer. (50)

Estoy algo deprimido por mi cáncer. (25)

Estoy extremadamente deprimido por mi cáncer (0)

12. Ansiedad. (Marque una sola opción de respuesta con una ✓)

- No estoy ansioso por mi cáncer. (100)
- Estoy un poco ansioso por mi cáncer. (75)
- Estoy ansioso por mi cáncer. (30)
- Estoy muy ansioso por mi cáncer. (0)

13. ¿Qué problemas han sido los más importantes para usted durante los últimos 7 días? Marque con una ✓ máximo 3 problemas.

- | | | |
|------------|----------|-----------------|
| Dolor | Tragar | Sabor |
| Apariencia | Masticar | Saliva |
| Actividad | Hablar | Estado de ánimo |
| Recreación | Hombro | Ansiedad |
-

PREGUNTAS GENERALES

14. En comparación con el mes previo a su diagnóstico de cáncer, ¿cómo calificaría su calidad de vida relacionada con su salud? Marque una sola opción de respuesta con una ✓

- Mucho mejor (100)
- Algo mejor (75)
- Igual (50)
- Algo peor (25)
- Mucho peor (0)
-

15. En general, ¿podría decir que su calidad de vida relacionada con su salud durante los últimos 7 días ha sido? Marque una sola opción de respuesta con una ✓

| | |
|-----------|-------|
| Excelente | (100) |
| Muy buena | (80) |
| Buena | (60) |
| Regular | (40) |
| Mala | (20) |
| Muy mala | (0) |

16. La calidad de vida en general incluye no solo la salud física y mental, sino también otros factores, como la familia, los amigos, la espiritualidad o las actividades recreativas que son importantes para que usted disfrute su vida. Considerando todo lo que contribuye al bienestar personal en su vida, califique su **calidad de vida general durante los últimos 7 días. (Marque una sola **opción de respuesta** con una ✓)**

| | |
|-----------|-------|
| Excelente | (100) |
| Muy buena | (80) |
| Buena | (60) |
| Regular | (40) |
| Mala | (20) |
| Muy mala | (0) |

Por favor describa cualquier otro problema (médico o no médico) que sea importante para su calidad de vida y que nuestras preguntas no lo hayan abordado adecuadamente (puede agregar hojas adicionales si es necesario).

¡Gracias por su participación!



Apéndice 7: 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 como se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

1.- Me siento tenso (a) o nervioso (a)

- 3. Todos los días
- 2. Muchas veces
- 1. A veces
- 0. Nunca

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- 3. La mayoría de las veces
- 2. Con bastante frecuencia
- 1. A veces, aunque no muy a menudo
- 0. Solo en ocasiones

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- 3. La mayoría de las veces
- 2. Con bastante frecuencia
- 1. A veces, aunque no muy a menudo
- 0. Solo en ocasiones

7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- 0. Nunca
- 1. En ciertas ocasiones
- 2. Con bastante frecuencia
- 3. Muy a menudo

9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme

- 3. Mucho
- 2. Bastante
- 1. Poco
- 0. Nada

11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- 3. Siempre
- 2. Muy a menudo
- 1. No muy a menudo
- 0. Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- 0. Como siempre
- 1. No tanto como siempre
- 2. Solo un poco
- 3. Nunca

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- 0. Igual que siempre
- 1. A veces
- 2. Casi nunca
- 3. Nunca

6. Me siento alegre

- 0. Casi siempre
- 1. A veces
- 2. No muy a menudo
- 3. Nunca

8. He perdido el interés en mi aspecto personal

- 3. Totalmente
- 2. No me preocupo tanto como debería
- 1. Podría tener un poco más de cuidado
- 0. Me preocupa igual que siempre

10. Me siento optimista respecto al futuro

- 0. Igual que siempre
- 1. Menos de lo acostumbrado
- 2. Mucho menos de lo acostumbrado
- 3. Nada

12. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- 0. A menudo
- 1. A veces
- 2. No muy a menudo
- 3. Rara vez



Apéndice 8: CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

DG1. FOLIO _____ DG2. FECHA DE APLICACIÓN: ____/____/____

DG3. NO. DE EXPEDIENTE: _____

DG4. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DG5. EDAD: _____ DG6. DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: _____

DG7. ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) () CASADO(A) () VIUDO(A) () UNIÓN LIBRE ()
DIVORCIADO(A) () OTRO _____

DG8. LUGAR DE RESIDENCIA: CDMX () INTERIOR DE LA REPÚBLICA ()

DG9. NIVEL DE ESTUDIOS: SIN EDUCACIÓN FORMAL () PRIMARIA () SECUNDARIA ()
PREPARATORIA () LICENCIATURA () POSGRADO () OTRO _____

DG10. OCUPACIÓN ACTUAL: EMPLEADO(A) () AUTOEMPLEADO(A) ()
DESEMPLEADO(A) () OBRERO(A) () AMA DE CASA () PROFESIONISTA ()
OTRO _____

DG11. ¿USTED TIENE HIJO (A) S?: SI () NO ()

DG12. SI CONTESTO SI: INDIQUE NÚMERO DE HIJO (A) S: _____

DG13. ¿TIENE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA APARTE DEL CÁNCER?:
SI () NO ()

DG14. DE SER ASÍ ¿CUÁL O CUÁLES TIENE?: _____

DG15. ¿CUENTA CON ALGUNA (S) PERSONA (S) (FAMILIAR, CONYUGUE O AMIGO) QUE LE
APOYE CON LA MAYOR PARTE DE ACTIVIDADES PARA SU CUIDADO? SI () NO ()

DG16. SI CONTESTO SI: INDIQUE DESDE HACE CUANTOS MESES LE APOYA: _____

LA INFORMACIÓN DE ESTOS DATOS LOS RECABARÁ SU ENTREVISTADOR

DG17. ESTADIO: I () II () III () IV () : _____

DG18. PERIODO DE SEGUIMIENTO: _____

DG19. TRATAMIENTO: CIRUGIA () QUIMIOTERAPIA () RADIOTERAPIA () CIRURIA-
QUIMIO () CIRUGÍA-RADIO () QUIMIO-RADIO () CIRUGÍA-QUIMI-RADIO ()
HORMONOTERAPIA () OTRO _____

DG20. KARNOFSKY: _____ DG21. ECOG: _____

