



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

UNAM IZTACALA

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL”

“Reporte de investigación empírica”
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

MARCO ANTONIO GUERRA CRUZ

Director: Mtro. Ricardo Sánchez Medina
Dictaminadoras: Dra. Sandra Cerezo Reséndiz
Mtra. Gabriela Leticia Sánchez
Martínez



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Pregunta de investigación	9
MÉTODO	10
Población	10
Participantes	10
Procedimiento de selección de muestra	10
Escenario	10
Tipo de investigación	10
Diseño de investigación	11
Instrumento	11
Variables	13
Procedimiento	14
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS	32
ANEXOS	35
Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer FACT -G	I
Carta de Consentimiento Informado	II

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal, describir la calidad de vida en pacientes con cáncer de piel y en qué áreas es posible intervenir, desde un enfoque cognitivo-conductual para mejorar ésta. Se trabajó con 50 pacientes que acuden a consulta externa en el hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI con edades entre 26 y 75 años, 68% hombres y 32% mujeres. El 42% de la muestra fueron pacientes que presentan cáncer de piel en la Etapa II, el 26% en la Etapa I, el 16% en la Etapa 0, el 12% en la Etapa III y el 4% en la Etapa IV. Se les aplicó un cuestionario que evalúa calidad de vida, con el fin de determinar la o las variables con mayor impacto. Los resultados obtenidos determinaron su calidad de vida en cinco dimensiones “Estado Físico General de Salud”, “Ambiente Familiar y Social”, “Relación con su Médico”, “Estado Emocional” y “Capacidad de Funcionamiento Personal”, obteniendo una calidad de vida global que va de “regular” a “mala” y un factor que impacta de manera importante en su calidad de vida, el dolor físico.

Palabras Clave: Cáncer, calidad de vida, capacidad funcional, dolor, salud.

ABSTRACT

The main goal of this research was to describe the life quality in patients with skin cancer, and what areas it is possible to intervene, from a cognitive-behavioral approach to improve it. We worked with 50 patients attending hospital outpatient Oncology XXI Century National Medical Center aged 26 to 75 years, 68% male and 32% female. 42% of the sample were patients with skin cancer in Stage II, 26% in Stage I, 16% in Stage 0, 12% in Stage III, and 4% in Stage IV. They were given a questionnaire that assesses quality of life, in order to determine the variables or with greater impact. The results determined the quality of life in five dimensions, "Physical Fitness General Health", "Family and Social Environment", "Relationship with Your Doctor", "Emotional State" and "Personal Functional Capacity", obtaining a quality of life Global ranging from "regular" to "bad" and a factor that impacts significantly on their quality of life, physical pain.

Keywords: Cancer, quality of live, functional capacity, pain, health.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo pasado en la década de los años 70, los científicos se han dado a la tarea de advertir los resultados del uso de sustancias químicas elaboradas por el hombre, tales como los clorofluorocarbonos además de otras sustancias que provienen de fuentes industriales, mismas que han provocado una progresiva destrucción de la capa de ozono, es decir, se ha generado una disminución del ozono estratosférico sobre la superficie terrestre, lo cual resulta en un aumento de los niveles de radiación ultravioleta-B, este tipo de radiación UV-B daña a los seres humanos, animales y plantas provocando encontrar cada vez más frecuentemente casos de cáncer de piel, causado por las exposición a este tipo de radiación, situación que genera repercusiones no sólo físicas, sino también económicas y sociales, afectando la calidad de vida de quién lo padece. Al mismo tiempo, se genera un impacto en el sistema de salud por los altos costos que generan los tratamientos, lo que hace necesaria la intervención de profesionales a través de la investigación y la creación de propuestas para atender este fenómeno (American Cancer Society, 2012).

“El cáncer es la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados y es un problema de salud de trascendencia incuestionable. En algunos tipos de cáncer suelen presentarse deformaciones evidentes en la fisonomía de las personas afectadas, tanto en su funcionalidad como en su estética, por el tumor mismo o por los procesos quirúrgicos empleados como tratamiento” (Novoa, Obispo, Pertuz, Rivera & Vargas, 2010, p. 315).

Existen diversos tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de piel, el cual es un tema de interés actual, ya que es una de las neoplasias más frecuentes en México; dado que cada año se reconocen 13,000 casos nuevos (IMSS, 2013).

Las manifestaciones del cáncer de manera general, dependen de su ubicación, tamaño e impacto sobre órganos o estructuras comprometidas a su alrededor, donde los síntomas generales (no específicos) son: detrimento

inexplicable de peso, temperatura alta, fatiga, agotamiento, dolor y cambios en la piel. Los síntomas específicos son: cambio en los hábitos fisiológicos comunes como evacuación, úlceras en la piel que no cicatrizan, sangrado, secreción inusual, abscesos en cualquier parte del cuerpo o cambios en una verruga o lunar, esta serie de síntomas pueden generarse a causa de células cancerosas (Bystryn, et al., 2006).

Para su tratamiento, se emplean fármacos cuya función es detener el crecimiento de este tipo de células, también suele combinarse el tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia a lo que tiende a llamarse tratamiento combinado o multidisciplinar donde se dan manifestaciones secundarias como alopecia (pérdida anormal de cabello), náuseas y vómito, diarrea o estreñimiento y anemia. (Gaviria, Quiceno, Riveros, & Vinaccia, 2007).

El cáncer de piel es la neoplasia maligna que se presenta de manera más frecuente en muchos países del mundo. La incidencia del melanoma maligno (MM), del carcinoma queratinocítico (CQ), en el que se incluyen el carcinoma basocelular (CB) y el carcinoma epidermoide (CE), así como otras neoplasias malignas, ha aumentado durante las últimas décadas. En Estados Unidos de Norte América se realizó un diagnóstico de 1, 200,000 procesos tumorales cutáneos no malignos, se detectaron más de 55,000 nuevos casos de melanoma invasivo y se produjeron casi 8,000 muertes por esta causa. Existe una amplia variedad de cánceres de piel, prevaleciendo el carcinoma basocelular y los que son responsables del mayor número de muertes como el melanoma y el carcinoma epidermoide. A pesar de las mejorías en diagnóstico, en intervenciones quirúrgicas, tratamientos de quimioterapia y radioterapia, las muertes se producen por el incesante crecimiento de metástasis que son resistentes a los tratamientos convencionales, mismos que dejan una serie de secuelas psicológicas como quemaduras (radiaciones), pérdida de cabello (quimioterapia) y náuseas, además del dolor constante del padecimiento (Bystryn, et al., 2006).

Muchos casos de cáncer son diagnosticados en estados avanzados de la enfermedad, donde la única posibilidad de tratamiento es paliativo, es decir, ayudar a un paciente con una enfermedad grave a sentirse mejor; pero en esta enfermedad, los tratamientos además de ser agresivos, producen síntomas que impactan de manera importante en diversos aspectos el desarrollo funcional de la vida del paciente, lo cual conlleva repercusiones psicológicas que requieren una intervención en su respuesta emocional, de los familiares, y las personas encargadas de su cuidado con la finalidad de mantener o recuperar la calidad de vida en los diferentes niveles que está siendo afectada por la misma enfermedad o el tratamiento. (García et al., 2008).

Los estados de la enfermedad se clasifican por etapas como una manera estándar de resumir que tan avanzada está la enfermedad, lo que ayuda a determinar el pronóstico de supervivencia del paciente y el camino a seguir en el tratamiento. El sistema mayormente utilizado para la clasificación por medio de etapas en los cánceres de piel de células escamosas y células basales, que es el tipo de cáncer de piel que nos atañe en esta investigación; es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC), en el cual las letras TNM son categorías de identificación para calificar por etapas el estado de la enfermedad. La letra T, significa tumor (tamaño, ubicación y propagación a la piel y tejidos adyacentes; la letra N, indica que hay propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos cercanos, que son grupos pequeños de células del sistema inmunológico, en forma de frijol, hacia donde los cánceres a menudo se propagan primero; la letra M, significa metástasis que es la propagación de la enfermedad a órganos distantes del punto inicial del brote. Generalmente, los pacientes con cánceres en etapas menores suelen tener un mejor pronóstico de cura o una mejor calidad de vida a largo plazo (American Cancer Society, 2012).

Los tratamientos médicos son sumamente agresivos y sus efectos generalmente son ineficaces en la curación, dejando secuelas a nivel sintomático; por ejemplo fuertes dolores a causa de quimioterapias radioterapias o cirugías, a nivel sintomatológico físico, en otros casos, pérdida de autonomía en cuanto a

hábitos cotidianos se refiere, cambios emocionales y psicológicos a nivel familiar y social, que afectan su calidad de vida, así como de las personas involucradas en el proceso de la enfermedad, dado que interfiere de manera importante en su diario vivir. (Deus, Gutiérrez, Sánchez & Raich, 2003).

Desde un enfoque psicológico, es necesario tener elementos de valoración de la calidad de vida de los pacientes, con el objeto de tener mayores herramientas para decidir el mejor tratamiento, o el más adecuado a la situación de cada persona que padece la enfermedad, pero no sólo es importante contar con los elementos necesarios en cuanto al tratamiento farmacológico, sino considerar estos resultados, para que de manera interdisciplinaria, se trabaje con expertos psicólogos en el tratamiento requerido de las diferentes áreas que son afectadas; por ejemplo su interrelación social, su afrontamiento, su quehacer cotidiano entre otras, ya que la calidad de vida es un concepto multidimensional que abarca diferentes áreas como: estado físico general de salud, ambiente familiar y social, relación con el médico, estado emocional y funcionamiento personal. (Monreal, Serdà, & del Valle, 2011).

La calidad de vida es un concepto prácticamente nuevo dentro del ámbito del cuidado de la salud que paulatinamente se ha convertido en parte importante en la investigación clínica, de tal forma que después de la supervivencia en pacientes con cáncer, es el tema de mayor relevancia, lo cual se relaciona con la repercusión de las consecuencias sociales de la enfermedad y el reconocimiento de que las intervenciones, en conceptos tales como funcionamiento, síntomas, comportamiento, percepciones o felicidad buscan prolongar la vida y la calidad de la misma (Anzola, Ballesteros & Sánchez-Pedraza, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (2000), en las pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional, define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.

La calidad de vida relacionada con la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.



Por lo tanto, desde un punto de vista psicológico, es de vital importancia averiguar cómo es la calidad de vida de los pacientes, desde el momento de recibir el diagnóstico, ya que produce una serie de reacciones emocionales negativas, creando una expectativa de vida en la que el dolor estará presente ineludiblemente, generando cambios importantes en su funcionalidad ya que para controlarlo, el tratamiento médico utiliza calmantes que en muchos casos mantienen dormido al paciente alterándola de manera significativa.

El diagnóstico, también suele valorarse como altamente traumático, generando sentimientos y actitudes de incredulidad, estrés, negación, desesperación, a la que en general sigue una etapa de irritabilidad y tristeza con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos (atención y concentración) y alteración en las actividades cotidianas. Es por ello que desde un enfoque psicológico, es necesario modificar las creencias irracionales sobre la enfermedad, de tal manera que le sea posible hacer un cambio conductual en torno a la misma a través de terapia cognitivo-conductual, ya que desde ésta, es posible corregir patrones de pensamiento y creencias irracionales, por medio de la enseñanza de técnicas para reducir los efectos del estrés y para controlar reacciones emocionales negativas o el mismo dolor presente en la enfermedad. (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010).

La calidad de vida en psicología, de acuerdo con Howren, Christensen, Karnell & Funk, (2010), se compone de funcionalidad (capacidad de independencia) y el bienestar, en el que no son afectados los componentes vitales, tales como trabajo, ocio, autonomía y relaciones sociales cuando la salud es una variable que afecta dichos componentes, de tal manera que es relevante su evaluación para planificar la atención con base en las necesidades del paciente, mismas que se observan en áreas como: estado físico general de salud;

ambiente familiar y social; relación con el doctor; estado emocional y capacidad de funcionamiento personal. (Deus, et al., 2003).



Con base en lo anterior, el propósito de la investigación es identificar en cuáles de estas áreas (estado físico general de salud, ambiente familiar y social, relación con el doctor, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal) se ve afectada la funcionalidad y en consecuencia la calidad de vida de los pacientes con cáncer de piel, a fin de presentar una propuesta basada en los resultados obtenidos, desde un enfoque cognitivo-conductual.

Pregunta de investigación

¿En qué áreas, se debe intervenir desde un enfoque cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de piel, para mejorar su calidad de vida?

Población

Pacientes diagnosticados con cáncer de piel que acudieron a consulta externa del Centro Médico Nacional S. XXI.

Participantes

50 pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado, 34 hombres y 16 mujeres, el 60% casados/as, 10% viven en unión libre, 16% solteros/as, 8% viudos/as y un 6% divorciados/as; 32% con nivel bachillerato, 32% nivel licenciatura, 14% nivel primaria, 20% nivel secundaria y 2% nivel de posgrado; 72% con edades de 41 a 75 años, 28% con edades de 26 a 40 años; 62% trabajan y 38% no lo hacen; el tiempo de diagnóstico fue de 3 meses a 28 meses con una media de 11.62 meses; el nivel socioeconómico promedio fue de \$ 6,000 a \$9, 999; 72% fueron procedentes del Distrito Federal, 10% del Estado de Puebla y el restante 18% de los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo y Estado de México. Se excluyeron los pacientes con alguna discapacidad física o mental, que les impidió participar en el estudio.

Procedimiento de selección de muestra

Se realizó un procedimiento no aleatorio, utilizando un muestreo por conveniencia (Morales, 2012), dado que los sujetos están disponibles en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI.

Escenario

Sala de espera de consulta externa del servicio de “Cabeza y Cuello” en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI.

Tipo de investigación

Descriptiva, para identificar variables de impacto en las dimensiones: “Estado Físico General de Salud”, “Ambiente Familiar y Social”, “Relación con el

Médico”, “Estado Emocional”, “Capacidad de Funcionamiento Personal” y “Calidad de Vida” (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).



Diseño de investigación

Transversal, dado que el objetivo será analizar los datos de un grupo de sujetos una sola vez en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Instrumento

Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer. Functional Assessment of Cancer Therapy Scales, FACT-G (Apéndice A).

Autores: Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Sarofian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al., 1993.

Publication Data: <The functional assessment of cancer therapy Scale: development and validation of the general measure>, Journal of Clinical Oncology, 11(3), 570-579.

Adaptación española: Cella, Hernández, Bonomi, Corona, Vaquero, Shimoto y Báez (1998).

Objetivos: Es una versión general que evalúa la calidad de vida de cualquier tipo de enfermo con cáncer para conocer el impacto del tratamiento y la enfermedad en ésta.

Áreas evaluadas: Estado físico general de salud; ambiente familiar y social; relación con el médico; estado emocional; capacidad de funcionamiento personal.

Población: Enfermos con diversos tipos de cáncer.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En todas las fases de la enfermedad.

Procedimiento de puntuación: 34 ítems con escala tipo likert con un rango de 0 a 4.

Datos psicométricos: Cella y sus colaboradores al realizar el análisis de validez encontraron seis factores (dos de ellos muy similares conceptualmente y que forman el factor 'capacidad de funcionamiento personal') que explicaban el 51% de la varianza. En cuanto a la consistencia interna, se encontraron las siguientes α de Cronbach; escala de estado físico general de salud 0.82, escala de capacidad de funcionamiento personal 0.86, escala de estado emocional 0.74, escala de ambiente familiar y social 0.69, escala de relación con el médico 0.65, y la α total de 0.89. Buena sensibilidad al cambio.

Instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva de los enfermos con distintos tipos de cáncer y en diferentes estadios de la enfermedad. Su estructura es multidimensional y tiene como objetivo evaluar el impacto del tratamiento y de la enfermedad en la calidad de vida de los enfermos" (Deus, et al, 2003, p. 195).

Se utilizó el FACT-G, versión española, que consta de 34 ítems divididos en 5 áreas relacionadas con la calidad de vida: estado físico general de salud (ítems 1 al 7), ambiente familiar y social (ítems 9 al 15), relación con el médico (ítems 17 al 18), estado emocional (ítems 20 al 50) y capacidad de funcionamiento personal (ítems 27 al 33). Los ítems 8, 16, 19, 26 y 34 contienen una pregunta sobre la influencia de esa área en su calidad de vida total, puntuada con una escala análoga numérica de 0 a 10. Todos los ítems presentan un formato de escalas tipo likert de cinco categorías de respuesta ordinal (con un rango de respuestas de 0 a 4), excepto los ítems 8, 16, 19, 26 y 34 ya explicados. Una mayor puntuación en las escalas indica una mejor calidad de vida. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 4, sin embargo, los ítems que hacen referencia a la percepción de influencia de cada dimensión en la calidad de vida, a mayor puntuación, indica que su calidad de vida en este aspecto es peor. (Deus, et al., 2003).

Variables

Variable	Definición conceptual	Evaluación correspondientes a cada variable del instrumento (FACT-G)
Calidad de vida	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 2000)	Ítems del 1 al 34
Factores que componen la calidad de vida		
Estado físico general de salud	Valoración personal del estado de salud (Deus, 2003)	Ítems del 1 al 8
Ambiente familiar y social	Red de apoyo familiar y social (amigos, conocidos, parientes y pareja) (Deus, 2003)	Ítems del 9 al 16
Relación con el médico	Atención y confianza médico-paciente (Deus, 2003)	Ítems del 17 al 19

Estado emocional	Percepción subjetiva del paciente respecto a la enfermedad (Deus, 2003)	Ítems del 20 al 26
Capacidad de funcionamiento personal	Afrontamiento y capacidad de independencia (Deus, 2003)	Ítems del 27 al 34

Procedimiento

1. Inicialmente se hizo la presentación del facilitador a los pacientes como alumno de 9º semestre de la carrera de Psicología en la FES Iztacala perteneciente a la UNAM, que se encontraban en la sala de espera de consulta externa del servicio de “Cabeza y Cuello” en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI.
2. Se les explicó que quienes desearan participar en una investigación sobre calidad de vida, debían llenar una carta de consentimiento informado, en la cual se requería escribir su nombre, fecha y firma.
3. Se les aclaró que se respetaría lo que respondieran, y sólo sería visto por tres personas, el facilitador, su director de proyecto y el psicooncólogo responsable de la investigación en el Centro Médico Nacional S. XXI con fines exclusivamente de investigación sin mencionar sus nombres en ningún reporte o trabajo.
4. A quienes decidieron participar, se les entregó la carta de consentimiento informado para que la respondieran disponiendo de 5 minutos para hacerlo.
5. Al entregar la carta de consentimiento informado, se les proporcionó el instrumento donde se encontraron con el cuestionario de datos personales al principio del mismo, informándoles que tenían cinco minutos para responderlo.

6. Al terminar el cuestionario de datos personales se les indicó que comenzaran a responder la escala de calidad de vida (FACT-G), mencionándoles que contaban con 15 min. para ello.
7. Al terminar, se les recogió la escala (FACT-G) y se les agradeció su participación, indicando que los resultados de la investigación les serían entregados de manera personal en un sobre cerrado en el servicio de “Cabeza y Cuello” del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI, indicándoles fecha y horario.

Los datos obtenidos de los ítems del cuestionario “Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer”. Functional Assesment of Cancer Therapy Scales, (**FACT-G**), fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 15.0.

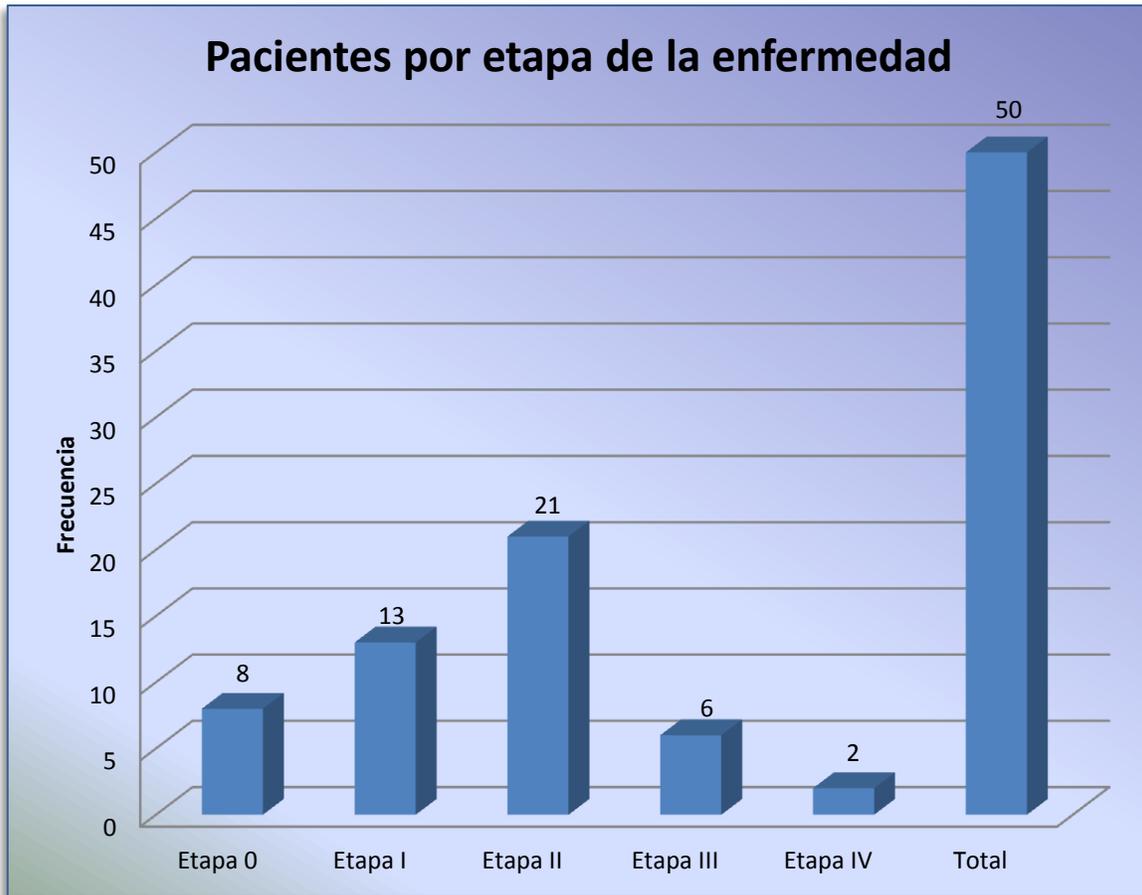


Fig. 1. Número de pacientes que padecen cáncer de piel en las diversas etapas.

En la figura 1, se presentan las frecuencias de los pacientes investigados donde el valor de la media es de 2.62 con una desviación típica de 1.028 con un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 5, lo que nos indica que en la etapa II se concentra la mayor cantidad de pacientes con cáncer de piel de la población estudiada.

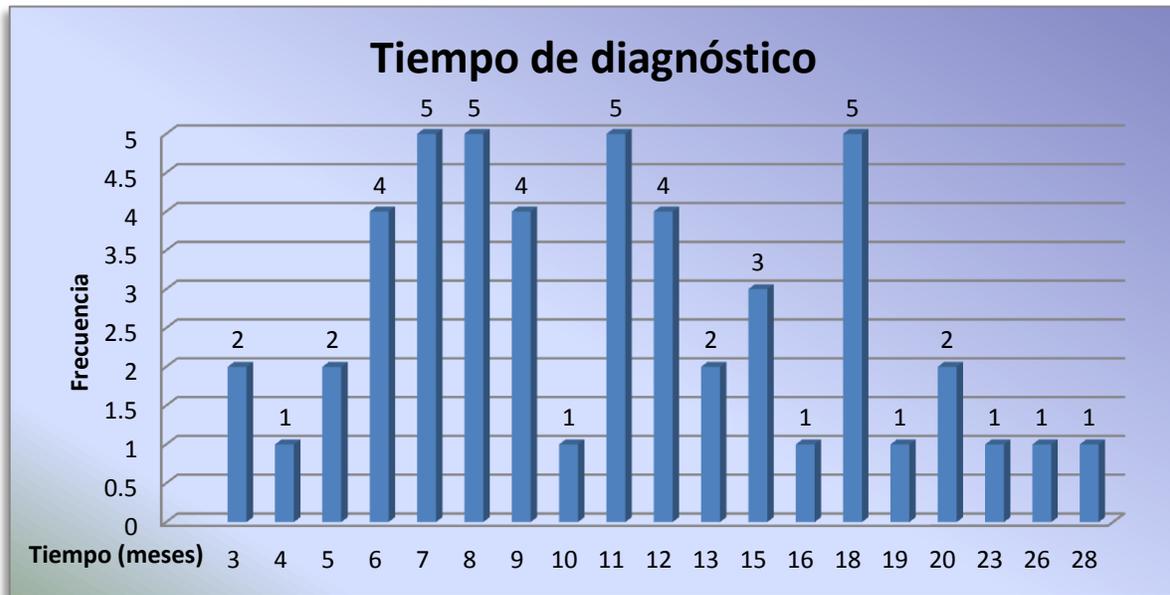


Fig. 2. Frecuencia de tiempo de diagnóstico de los pacientes.

En la figura 2, se muestran los tiempos de haber recibido el diagnóstico con una media de 11.62 meses con una desviación típica de 5.865 con un tiempo mínimo de diagnóstico de 3 meses y un máximo de 28 meses, lo que implica una muestra diversa con un rango de tiempo de diagnóstico de 25 meses.



Fig. 3. Subescala de Estado Físico General de Salud.

En la figura 3, es posible observar las variables que definen el estado físico general de salud del paciente a través del valor de las medias de cada una de las variables, que muestran el impacto que provocan en la subescala ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD de los pacientes de la muestra.

Los valores de respuesta para cada variable de la subescala se encuentran en un rango de 1 a 5, donde 1 indica “nada”, y 5 indica “muchísimo”. La variable “Tengo dolor”, muestra una media de 3.18 con una desviación típica de 0.896, lo cual implica que el dolor esta presente de manera importante entre “algo” y “mucho” en todos los pacientes que padecen cáncer de piel de la muestra, otro ítem que nos arroja información, es “Me molestan los efectos secundarios del tratamiento” cuya media es de 2.74 y desviación típica de 0.723, lo cual apunta a que existe molestia en ese aspecto y los ítems “Me siento enfermo” con una media de 2.26 y desviación típica de 0.922, así como “Necesito estar acostado” con una media de 2.16 y una desviación típica de 1.037, refiere estas variables de un “poco” a “algo”; “me siento débil” con una media de 1.44 y una desviación típica de 0.812, “Me falta energía” con una media de 1.48 y una desviación típica de 0.886; “Tengo dificultad para cumplir mis obligaciones debido a mi enfermedad” con una media de 1.36 y una desviación típica de 0.776; estas variables refieren padecen falta de energía y tienen dificultad para cumplir sus obligaciones familiares debido a su enfermedad en un rango de “nada” a “algo”, solamente el ítem “tengo náuseas” resulta ausente, dado que no están recibiendo tratamiento quimioterapéutico que es el causante de este síntoma. Por otro lado, en la evaluación de la escala global de la dimensión “ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD” donde a mayor puntuación indica que su calidad de vida es peor y se evalúa en una escala del 1 al 10, se observa una media de 7.24 con una desviación típica de 2.237, lo que resulta en una baja calidad de vida para esta subescala.

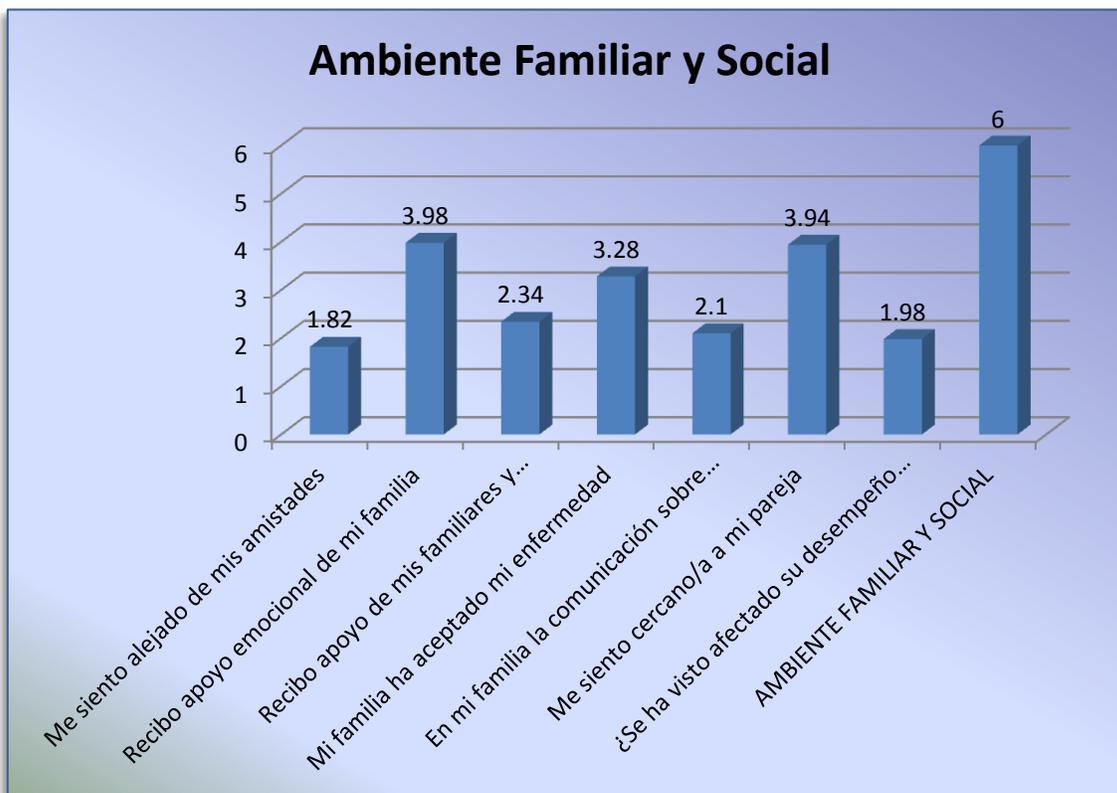


Fig. 4. Subescala Ambiente Familiar y social.

En la figura 4, se muestran las variables a través de las cuales se evaluó la subescala “AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL” donde los ítems “Recibo apoyo emocional de mi familia” con una media de 3.98 y una desviación típica de 1.255 cuyo resultado muestra que los pacientes reciben de “mucho” a “muchísimo” apoyo emocional de su familia; “me siento cercano/a a mi pareja” con una media de 3.94 y una desviación típica de 1.219 lo que implica que en este rubro están “muchísimo” cercanos/as a sus parejas; “Mi familia ha aceptado mi enfermedad” con una media de 3.28 y una desviación típica de 0.948 lo que indica una calificación de “mucho” a “muchísimo”; “Recibo apoyo de mis familiares y vecinos” con una media de 2.34 y una desviación típica de 1.255 indica que reciben “poco” a “algo” apoyo familiar y de vecinos; “En mi familia la comunicación sobre mi enfermedad es mala” con una media de 2.10 y un desviación típica de 1.329, indica “un poco”; “Se ha visto afectado su desempeño sexual a causa de la enfermedad durante el último año? Con una media de 1.98 y una desviación típica de 1, señala “un poco”; por último “Me siento alejado/a de mis amistades” con una media de 1.82 y una desviación típica de 1.024, evidencia “un poco”. En cuanto al

ítem que corresponde a la subescala “AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL” cuyo marco temporal es el presente, la media es de 6 con una desviación típica de 1.738 y considerando que en tanto más alta es esta evaluación, la calidad de vida es poca, esta calificación muestra una calidad de vida media.

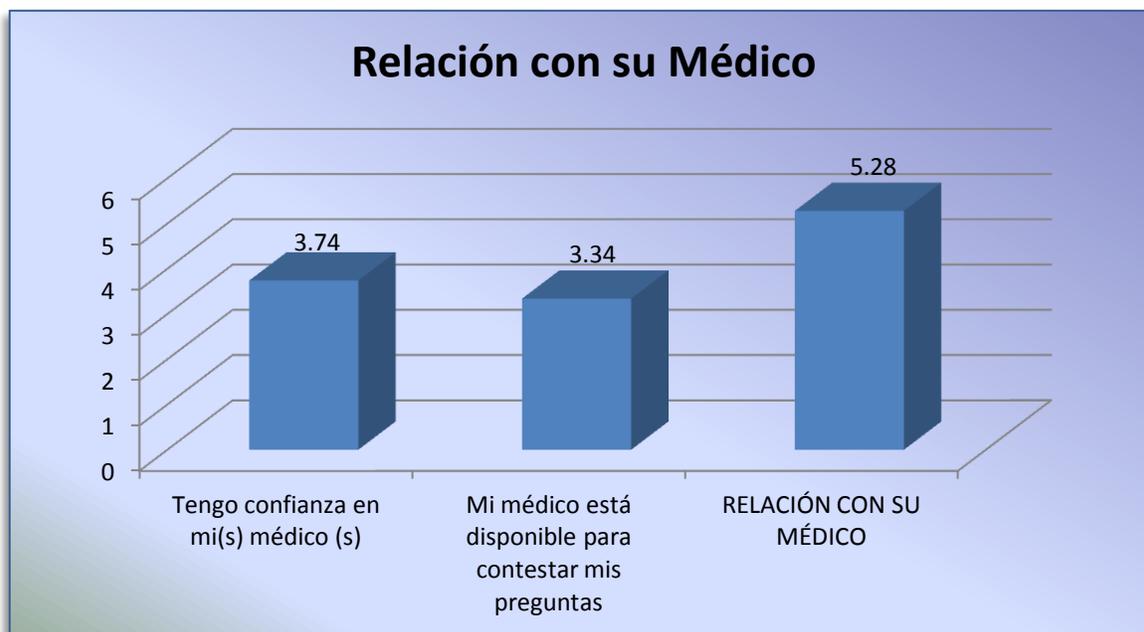


Fig. 5. Subescala Relación con su Médico.

En la figura 5, se presentan dos variables relacionadas con el médico o médicos involucrados en su tratamiento y como perciben ésta. En el ítem “Tengo confianza en mi(s) médico(s), la media es 3.74 con una desviación típica de 1.274, mostrando que en general es “mucho” y en cuanto a “Mi médico está disponible para contestar mis preguntas” la media es de 3.34 con una desviación típica de 1.334, lleva a que esta variable se encuentra en el rango de “algo” a “mucho”. Considerando la subescala “RELACIÓN CON SU MÉDICO” la media es de 6 con una desviación típica de 1.666 apunta a una calidad de vida “media” con una tendencia a mala.



Fig. 6. Subescala Estado Emocional.

En la figura 6, se advierte una media de 4.18 con una desviación típica de 0.941 en la variable “Me siento orgulloso/a como estoy enfrentando mi enfermedad, implica un rango en la respuesta entre “mucho” y “muchísimo” siendo éste el valor medio más alto de la subescala; “Me preocupa que mi enfermedad empeore” la media es de 2.78 con una desviación típica de 1.148, indica una respuesta de “mucho”; con una media de 2.4 y una desviación típica de 0.756 la variable “Me siento nervioso/a” significa una respuesta de “un poco” a “algo”; con una media de 2.22 y una desviación típica de 1.217, la variable “Me preocupa morir”, expresa una respuesta de “un poco”; con una media de 2.18 y una desviación típica de 0.919, la variable “Me siento triste” expresa una respuesta de “un poco” y con una media de 1.32 y una desviación típica de 0.794, la variable “Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad” señala una respuesta de “nada”. Examinando la subescala “ESTADO EMOCIONAL” se ubicó una media de 2.98 con una desviación típica de 2.074 que es un valor bajo respecto a la escala de calificación que es de 1-10, lo que implica una buena calidad de vida en esta subescala.

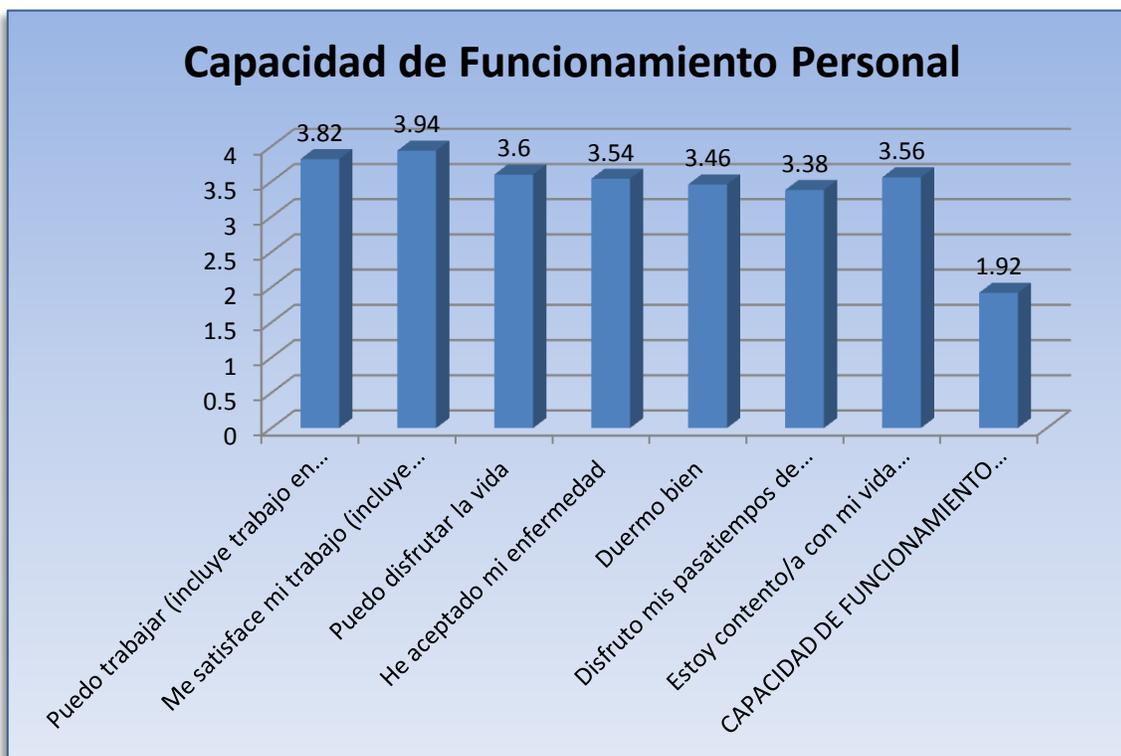


Fig. 7. Subescala Capacidad de Funcionamiento Personal.

En la figura 7, se manifiesta una media de 3.94 con una desviación típica de 0.935 en la variable “Me satisface mi trabajo” que incluye trabajo en el hogar, que nos marca una respuesta de “mucho”; con una media de 3.82 y una desviación típica de 0.962, la variable “Puedo trabajar” incluye trabajo en el hogar, apunta una respuesta de “mucho”; con una media de 3.6 y una desviación típica de 0.756, la variable “Puedo disfrutar la vida” señala una respuesta de “mucho”; con una media de 3.54 y una desviación típica de 0.734, la variable “He aceptado mi enfermedad” se dirige a una respuesta de “mucho”; con una media de 3.46 y una desviación típica de 0.762, la variable “Duermo bien” se coloca en una respuesta de “mucho”; con una media de 3.38 y una desviación típica de 0.805, la variable “Disfruto mis pasatiempos de siempre” se dirige a una respuesta de “mucho”. Analizando la subescala “CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL” presenta una media de 1.92 con una desviación típica de 1.496, lo que nos indica una calificación baja que indica una buena calidad de vida en esta dimensión.

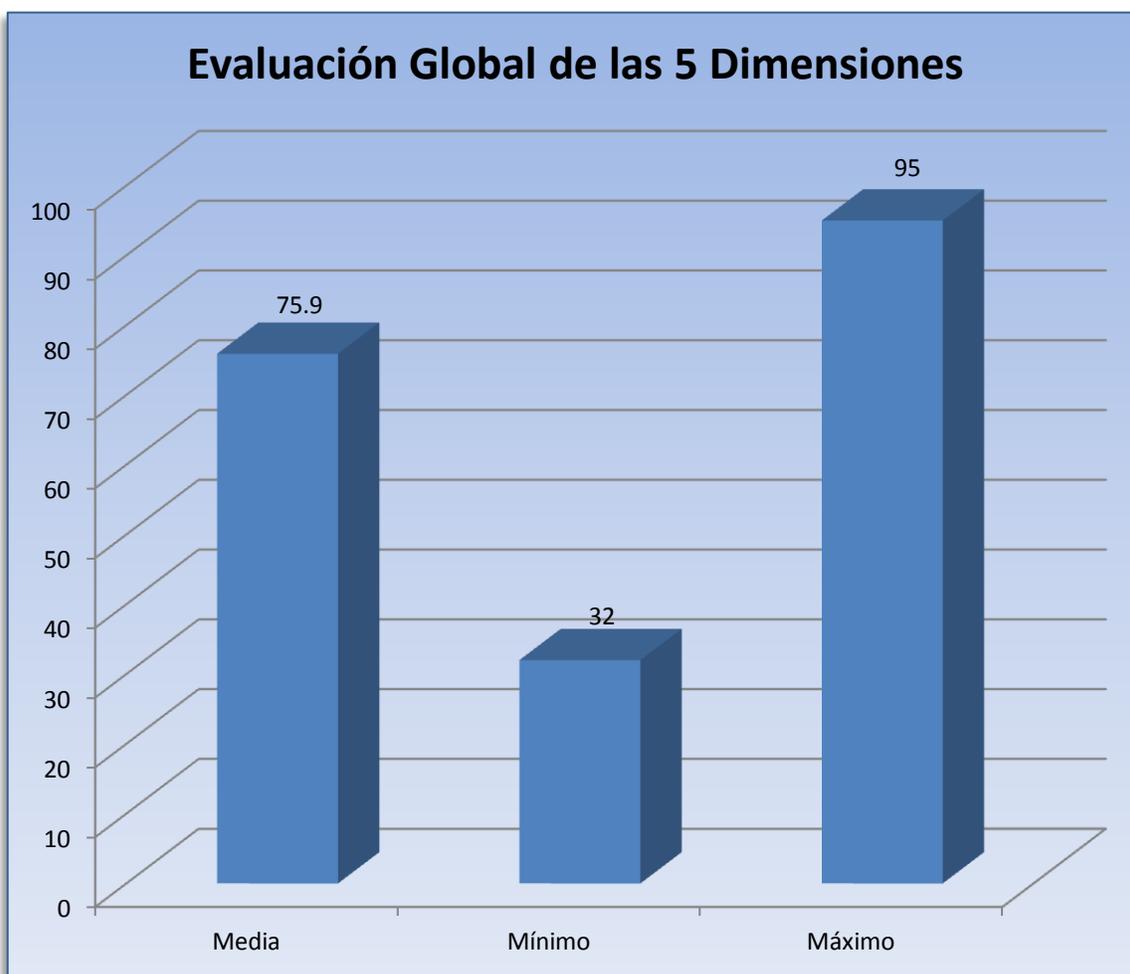


Fig. 8. Puntuación global del cuestionario.

En la figura 8, se revela una media de 75.9 cuya desviación típica es de 12.884, que corresponde a la puntuación global de cada subescala del cuestionario (Estado Físico General de Salud, Ambiente Familiar y Social, Relación con el Médico, Estado Emocional y Capacidad de Funcionamiento Personal), con un valor mínimo de 32 y uno máximo de 95 de una escala de 0 a 108, donde a mayor puntuación muestra una mejor calidad de vida y considerando que la media obtenida de las cinco dimensiones es de 75.9, entonces la calidad de vida promedio de los pacientes de la muestra, se encuentra en un 70.3% que es posible calificar como regular al comparar con la escala donde el 100% es 108.

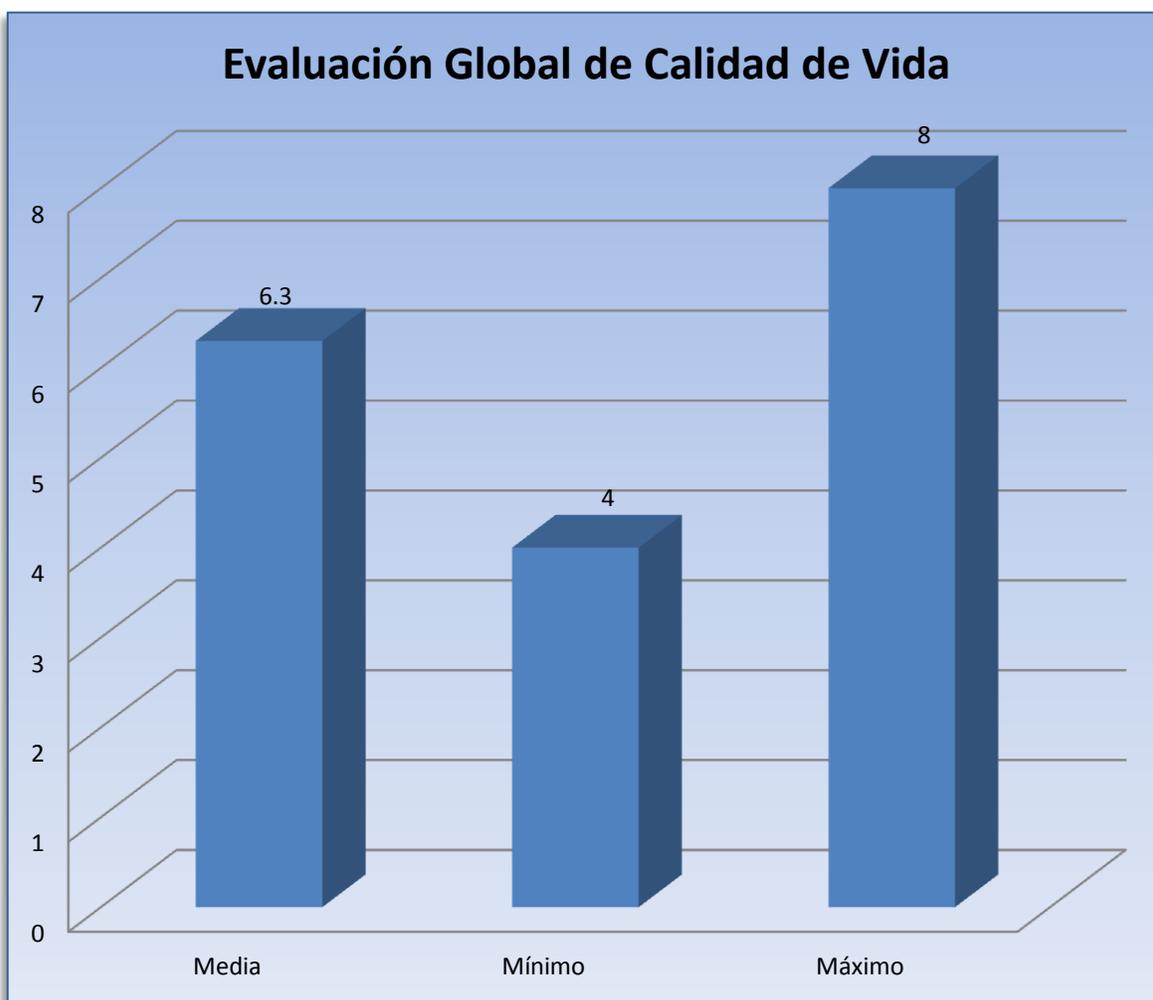


Fig. 9. Puntuación de la escala global de cada una de las 5 dimensiones contempladas en el cuestionario.

En la figura 9, se revela una media de 6.3 con una desviación típica de 0.893, que corresponde a la escala global de cada una de las cinco dimensiones contempladas en el cuestionario y que tienen diez opciones de respuesta, donde a mayor puntuación indica que su calidad de vida en este aspecto es peor. En consecuencia, el porcentaje de calidad de vida es de 63%, lo que indica de regular a mala la calidad de vida de los pacientes de la muestra.

Se utilizó estadística descriptiva como base para poder realizar el análisis exploratorio de datos, con la finalidad de determinar el área o las áreas en las que se requiere una intervención para lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes de cáncer de piel, elaborando una propuesta de intervención desde el punto de vista cognitivo-conductual.

Al aplicar las Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer. (Functional Assessment of Cancer Therapy Scales, FACT-G), a una población de 50 pacientes diagnosticados con cáncer de piel que acudieron a consulta externa en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI se encontró, que de acuerdo a las particularidades sociodemográficas de la muestra, los pacientes presentan las siguientes características:

- Son más hombres que mujeres.
- El mayor porcentaje de pacientes se encuentran en las primeras tres etapas de la enfermedad.
- La edad promedio de los pacientes de la muestra es mayor, en tanto la enfermedad se encuentra en una etapa más avanzada.
- El nivel socioeconómico es más elevado en las etapas de la enfermedad más avanzadas.
- La escolaridad es más alta en niveles más altos de la enfermedad.
- El tiempo de diagnóstico es menor en las primeras etapas de la enfermedad y aumenta en estadios avanzados de la enfermedad.
- El porcentaje de pacientes que no trabajan se ve aumentado en proporción directa al aumento de los estadios de la enfermedad.

Al relacionar las etapas de la enfermedad con las variables sociodemográficas, se encontraron interesantes premisas que abren un panorama más profundo sobre la investigación. El hecho de ser más hombres que mujeres en la muestra, abre la

posibilidad de que el hombre tenga un mayor riesgo de padecer la enfermedad; al resultar que el mayor número de pacientes, se encuentra en las primeras etapas de la enfermedad, puede implicar que el tratamiento que se está llevando a cabo con los pacientes, funciona de manera adecuada, dado que en las etapas avanzadas de la enfermedad el número de pacientes es menor; otro factor es la edad promedio de los pacientes de la muestra, el cual es mayor conforme la enfermedad avanza, esto puede indicar, que en tanto la enfermedad no se cura, el paciente sigue en tratamiento, lo cual implica mayor tiempo de diagnóstico en estadios de mayor avance en la enfermedad; el nivel socioeconómico de la muestra, es mayor en etapas mayores de la enfermedad, al igual que la escolaridad, dato relevante para ahondar en el tema a través de una investigación más detallada con una muestra mayor y por último, el resultado sobre el porcentaje de pacientes que no trabajan se ve aumentado en proporción directa a la etapa de la enfermedad, etapa mayor, mayor proporción de pacientes que no trabajan, lo cual puede implicar que la calidad de vida se deteriora, así como su funcionalidad con el avance del padecimiento.

Por otro lado, al observar los resultados de cada una de las dimensiones se evidencian variables que impactan de manera importante en la capacidad funcional de los pacientes y por ende en su calidad de vida.

Al evaluar la dimensión **“Estado Físico General de Salud”**, destaca la variable “Tengo dolor” cuyo resultado sobresale del resto de las variables de la subescala y que implica “mucho” dolor, lo que apunta a una baja en su capacidad funcional que impacta en su estado físico general de salud y en consecuencia sobre la calidad de vida del/la paciente, que se puede constatar en la escala global de la dimensión (escala 1-10), con una puntuación media de 7.24, donde a mayor puntuación, menor calidad de vida. (Deus, et al., 2003).

El dolor físico, además de impactar en la calidad de vida de los pacientes, impacta también a nivel económico, dado que implica consumo de medicamentos, mismos que son subsidiados por el sector salud, así como repercusiones a nivel

social (familia y amigos). El dolor físico, es una variable presente en todas las etapas de la enfermedad, y dadas sus repercusiones tanto físicas como psicológicas, es necesaria una intervención para enseñar a los/as pacientes a controlarlo a través de alternativas diferentes al medicamento, que en general provoca sueño y no les permite realizar actividades cotidianas que podían hacer antes de la enfermedad, lo cual tiene una repercusión en cuanto a su funcionalidad. (Bystryn, et al., 2006).

En la subescala “**Ambiente Familiar y Social**”, hay tres variables importantes que impactan también en la calidad de vida de los/as pacientes, el apoyo emocional de la familia, el sentirse cercano/a a la pareja y la aceptación de la familia hacia la enfermedad, estas variables, de alguna manera equilibran en esta dimensión, pero pueden provocar una dependencia del paciente hacia los involucrados (familiares y vecinos). La evaluación de la escala global de esta dimensión corresponde a una calidad de vida “regular” con tendencia a “mala”. La “**Relación con el Médico**” o médicos que atienden a los pacientes es importante, dado que es quien les puede aportar información acerca de la enfermedad y su estado, así como hacerlos sentir acompañados en el proceso de la enfermedad y el tratamiento, en esta dimensión, los pacientes tienen mucha confianza en su(s) médico(s) dado que están disponibles para responder sus preguntas. La evaluación de la escala global de esta dimensión corresponde a una calidad de vida “regular”. El “**Estado Emocional**”, es una parte fundamental en el proceso de la enfermedad, ya que tiene que ver en cómo la percibe y la vive, las variables involucradas en esta dimensión impactan de manera decisiva en el tratamiento. En general están “mucho” o “muchísimo” muy orgullosos/as de cómo están enfrentando la enfermedad, les preocupa “algo” que su enfermedad empeore, se sienten “poco” o “algo” nerviosos/as, les preocupa “poco” el morir, se sienten un “poco” tristes y en cuanto a estar perdiendo la esperanza en la lucha contra la enfermedad la respuesta generalizada fue “nada”. Las anteriores respuestas generaron una reflexión acerca de ¿cómo es posible que les preocupe “poco” el morir o que su enfermedad pueda empeorar, o que se sientan “poco” tristes? Pero la respuesta, es posible encontrarla en varios factores como el apoyo familiar por

un lado, y por otro probablemente porque en su mayoría han sido diagnosticados en las primeras etapas de la enfermedad que es donde existe la mayor probabilidad de cura o llevar una mejor calidad de vida, en relación con la confianza con su, o sus médicos y la información que éstos les han proporcionado. La evaluación de la escala global de esta dimensión implica una buena calidad de vida para los/as pacientes de la muestra. La “**Capacidad de Funcionamiento Personal**”, manifiesta una buena calidad de vida de los pacientes en esta dimensión. En cada una de las variables involucradas como “Puedo trabajar”, “Me satisface mi trabajo”, “Puedo disfrutar la vida”, “He aceptado mi enfermedad”, “Duermo bien”, “Disfruto mis pasatiempos de siempre”, “Estoy contento/a con mi calidad de vida actual” la respuesta preponderante fue “mucho”. (Deus, et al., 2003).

Esta respuesta llama la atención porque al parecer, la enfermedad no ha modificado mucho su funcionalidad, excepto por el dolor que es la variable que más impactó en los pacientes, y que corresponde a la subescala Estado Físico General de Salud y entonces, lo que posiblemente influye en su funcionalidad, es el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, que ha resultado en un tratamiento hasta el momento, adecuado, porque no están en etapas avanzadas donde su funcionalidad es impactada de manera severa como menciona García, et. al, (2008), que muchos casos de cáncer cuando son diagnosticados en estados avanzados de la enfermedad, la única posibilidad de tratamiento es paliativa, es decir, ayudar a un paciente con una enfermedad grave a sentirse mejor, pero en esta enfermedad, aún cuando los pacientes puedan ser funcionales realizando la mayoría de sus tareas cotidianas, hay repercusiones a nivel físico y psicológico que los afectan y por ende su calidad de vida, aún cuando sean funcionales.

Con base en los resultados obtenidos, es posible establecer que la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, tiene que ver con la aceptación y mantener una actitud positiva, al afrontamiento relacionado con el tratamiento y el manejo del estrés en sus citas médicas a través de la información proporcionada por su médico con relación al diagnóstico y los tratamientos, de tal

forma que permita una estabilidad afectiva en los/as pacientes durante el tiempo del tratamiento, ya que es indispensable para fortalecer la adherencia terapéutica y un mejor control de los efectos secundarios del tratamiento y del mismo proceso de la enfermedad. El contar con entrenamiento psicológico en el manejo del dolor, durante todo el proceso de la enfermedad es de suma importancia, dado que este síntoma, afecta el estado físico general de salud del/la paciente.

A pesar de que la muestra fue muy pequeña, se obtuvieron resultados que proporcionan información para implementar técnicas psicológicas dirigidas a puntos estratégicos que ayuden a los/as pacientes con diagnóstico de cáncer de piel, como afrontar mejor su condición acerca de la enfermedad y por ende, su calidad de vida durante el proceso de la misma, así como el manejo del dolor, afrontamiento de la enfermedad y reestructuración cognitiva.

Entre las técnicas psicológicas que podrían implementarse en este tipo de población, están las estrategias y estilos de afrontamiento; reestructuración cognoscitiva y entrenamiento cognitivo-conductual en el manejo del dolor, para mejorar su calidad de vida así como su funcionalidad en el diario vivir, dado que:

El dolor es un fenómeno tanto psicológico como físico, y considerando que las personas se dan más cuenta del dolor a través de factores cognitivos, perceptivos, emocionales, conductuales e interpersonales. Existe la posibilidad de disminuir la experiencia de dolor desviando la atención de él. Los pensamientos negativos, generalmente aumentan el dolor, mientras que los pensamientos positivos normalmente los disminuyen. (Caballo, 1991, p. 703-704).

Considerando que la variable que más impactó a los pacientes con cáncer de piel investigados fue “Tengo Dolor”, se propone una intervención desde el enfoque Cognitivo-Conductual, con la finalidad de que los pacientes aprendan como controlar el dolor, a través de una adaptación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson, lo cual conlleva diferentes beneficios tanto para el/la

paciente (aumenta su calidad de vida controlando el dolor), como a nivel social (se puede relajar el trato con la familia e involucrados en la enfermedad) y económico (requiere menos medicamento, lo que impacta a nivel institucional), esta adaptación se diferencia en que no se utilizan ejercicios de tensar, sino solo de relajar grupos musculares. A través de la relajación progresiva, al paciente le es posible percibir estados de tensión muscular muy específicamente, en esta técnica que se le llama técnica de relajación pasiva dado que no utiliza la tensión muscular, sino se trabaja a través de la respiración y focalizando la atención en la parte que se requiera relajar posibilitando el control del dolor por medio de relajación, para lo cual, se puede trabajar en sesiones presenciales o a través de grabaciones para que el/la paciente pueda realizar los ejercicios sin tener que estar cada vez en la clínica o con el terapeuta, facilitando que los/as pacientes tengan un acompañamiento constante a través del uso de las grabaciones y solo se requiere de dos sesiones para poder enseñar al/la paciente a seguir las instrucciones. Esta técnica pasiva fue utilizada por Schwartz y Haynes (la adaptación se propone para la intervención de la muestra de investigación), siendo adecuada para trabajar con pacientes con cáncer de piel ya que es muy útil con personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales que es el caso de la población investigada (Caballo, 1991, p. 174-175).

El objetivo de esta investigación, fue describir la calidad de vida de los/as pacientes con cáncer de piel, se puede concluir que no se deteriora en su totalidad, dado que los/as mismos/as pacientes se muestran optimistas con respecto a la enfermedad tomando una actitud positiva ante su situación, solo en algunas áreas específicas bien delimitadas, como en este caso el dolor les provoca un cambio importante ya que es una manifestación física que va a estar presente durante todo el tiempo del tratamiento y con esto se concluye y responde la respuesta que originó esta investigación ¿En qué áreas, se debe intervenir desde un enfoque cognitivo-conductual en pacientes con cáncer de piel, para mejorar su calidad de vida? Y la variable que provocó mayor impacto en esta investigación fue EL DOLOR.

Sin embargo, para investigaciones posteriores se sugiere contemplar las variables sociodemográficas de una manera más exhaustiva para determinar la influencia de la edad, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad, y tipo de trabajo en la forma de afrontar la enfermedad y la calidad de vida, con una población más numerosa y realizar una investigación pretest-postest para evaluar el impacto de la intervención.

Con todo lo anteriormente establecido, se observa la necesidad de contar con mayor apoyo psicológico en el Hospital de Oncología del Centro Médico S. XXI, para la atención integral del paciente y mejorar sus condiciones de vida en la medida de lo posible.

REFERENCIAS

American Cancer Society (2012). *Cáncer de piel: células basales y células escamosas*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002321-pdf.pdf>

Anzola, J., Ballesteros, M. & Sánchez-Pedraza, R. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12(6) 889-902. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219912002>

Ascencio, L. (2001). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Bystryn J., Darrel, J., Dzubow, L., Friedman, R., Marks, R., & Reintgen, D. (2006). *Cáncer de Piel. Madrid*. España: Editorial Elsevier.

Caballo, V. E. (1991). *Manual de Técnicas y Modificación de Conducta*. España: Editorial siglo XXI.

Deus, J., Gutiérrez, T., Sánchez, D. & Raich, R. (2003). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud. Madrid*. España: Editorial Alianza.

Díaz, J., Fierro, L., Peniche, A. & Ponce, R. (2011). Cáncer de piel en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cuatro años en el Centro Médico Nacional S. XXI. *Gaceta Médica de México*, 147 17-21. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm1111c.pdf>

García, L., Martínez, A., Oblitas, L., Piqueras, J., Ramos, V. & Rivero, R. (2008). PSICOLOGÍA Y CÁNCER. *Suma Psicológica*, 15(1) 171-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>

Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1) 69-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975008>



Gaviria, A., Quiceno, J., Riveros, M. & Vinaccia, S. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20) 50-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004>

González, A., Moreno, Y. & Soberanes, S. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4) 161-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. Colombia: Panamericana Formas e Impresos, S.A.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de práctica clínica*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Monreal, P., Serdà, B. & del Valle, A. (2011). CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER DE PRÓSTATA: UN PROGRAMA PROGRESIVO DE FUERZA-RESISTENCIA. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 11(42) 362-383. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222171009>

Morales, P. (2012). Estadística aplicada a las Ciencias Sociales (Universidad Pontificia Comillas). Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1omuestra.pdf>

Novoa, M., Obispo, S., Pertuz, M., Rivera, Y. & Vargas, R., (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2) 315-329. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095008>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional (WHO/EDM/TRM/2000.1)*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>

ANEXOS

Anexo I



Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer FACT-G¹ (versión castellana, Cella, G.; Hernández, L., et al., 1998)



Fecha: ____/____/____.

Paciente: _____.

PARTE I. DATOS PERSONALES

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales, por favor llene los espacios en blanco con la información que se le solicita; y en las preguntas, marque con una "X" la opción de respuesta que refleje su situación.

Edad: _____ años

Sexo:

1 Hombre 2 Mujer

Estado civil:

1 Casado 2 Unión libre 3 Soltero 4 Viudo 5 Divorciado

Escolaridad:

1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria 4 Licenciatura 5 Posgrado

Trabaja:

1 Sí 2 No

Tiempo de diagnóstico: _____ meses.

¹ Este cuestionario solo podrá ser revisado por el Psicólogo en formación Marco Antonio Guerra Cruz, su director de proyecto Mtro. Ricardo Sánchez Medina y el Psicooncólogo Humberto Bautista supervisor del proyecto en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S. XXI con la finalidad de establecer una puntuación global de la funcionalidad de la calidad de vida del paciente, garantizando la confidencialidad de las respuestas.

Nivel Socioeconómico:

- (1) Menos de \$2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)
- (2) De \$2, 001 a \$3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)
- (3) De \$ 4,000 a \$5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)
- (4) De \$6,000 a \$9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)
- (5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)

Etapas de la enfermedad:

- 1) Etapa 0 2) Etapa I 3) Etapa II 4) Etapa III 5) Etapa IV

Lugar de procedencia:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Aguascalientes | <input type="checkbox"/> 09 Durango | <input type="checkbox"/> 17 Nayarit | <input type="checkbox"/> 25 Sonora |
| <input type="checkbox"/> 02 Baja California Norte | <input type="checkbox"/> 10 Guanajuato | <input type="checkbox"/> 18 Nuevo León | <input type="checkbox"/> 26 Tabasco |
| <input type="checkbox"/> 03 Campeche | <input type="checkbox"/> 11 Guerrero | <input type="checkbox"/> 19 Oaxaca | <input type="checkbox"/> 27 Tamaulipas |
| <input type="checkbox"/> 04 Coahuila | <input type="checkbox"/> 12 Hidalgo | <input type="checkbox"/> 20 Puebla | <input type="checkbox"/> 28 Tlaxcala |
| <input type="checkbox"/> 05 Colima | <input type="checkbox"/> 13 Jalisco | <input type="checkbox"/> 21 Querétaro | <input type="checkbox"/> 29 Veracruz |
| <input type="checkbox"/> 06 Chiapas | <input type="checkbox"/> 14 Edo. de México | <input type="checkbox"/> 22 Quintana Roo | <input type="checkbox"/> 30 Yucatán |
| <input type="checkbox"/> 07 Chihuahua | <input type="checkbox"/> 15 Michoacán | <input type="checkbox"/> 23 San Luis Potosí | <input type="checkbox"/> 31 Zacatecas |
| <input type="checkbox"/> 08 Distrito Federal | <input type="checkbox"/> 16 Morelos | <input type="checkbox"/> 24 Sinaloa | <input type="checkbox"/> 32 Baja California Sur |

PARTE II. FACT-G

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, marque con una "X" la opción de respuesta que refleje su situación y en las opciones que aparecen números solo marque uno de los números que aparecen en cada línea.

1. Me siento débil.

- Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

1 a. Me falta energía.

- Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

13. En mi familia la comunicación sobre mi enfermedad es mala.

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

14. Me siento cercano a mi pareja (o a la persona que me da apoyo).

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

15. ¿Se ha visto afectado su desempeño sexual a causa de la enfermedad durante el último año?

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

16. Repasando las siete preguntas anteriores, ¿cuánto diría que influye su AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL en su calidad de vida (su vida actual)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muchísimo

17. Tengo confianza en mi(s) doctor(es).

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

18. Mi doctor está disponible para contestar mis preguntas.

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

19. Repasando las dos preguntas anteriores, ¿cuánto diría que influye su RELACIÓN CON SU DOCTOR en su calidad de vida (su vida actual)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Muchísimo

20. Me siento triste.

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

21. Me siento orgulloso de como estoy enfrentando mi enfermedad.

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

22. Estoy perdiendo la esperanza en la lucha contra mi enfermedad.

Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo

Anexo II



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

A través de este documento, certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida, respecto a la investigación que realizará el alumno de 9o semestre perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, Marco Antonio Guerra Cruz en el que se responderá un cuestionario de información personal, así como una escala de "Calidad de vida".

Estoy de acuerdo en participar en la investigación, dejando claro que se respetará la buena fe, la confiabilidad y confidencialidad de la información por mí suministrada, sin mencionar mi nombre en cualquier reporte o presentación que se realice con los resultados obtenidos de la mencionada investigación.

Participante

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____