



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUMOR
DE CÉLULAS GIGANTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

IVÁN ALBERTO HERNÁNDEZ BLANCAS

ASESORA: DRA. EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, doctora Eva González Rodríguez gracias por dirigir este trabajo profesional, por su apoyo, consejo, dedicación y sobre todo por la paciencia que mostró a lo largo de todos estos años. Usted sabe que tiene toda mi admiración y que es mi ejemplo a seguir.

Al doctor Alberto Seyler, gracias por formar parte de mi comité, por todas las facilidades brindadas a esta investigación y por sus valiosas aportaciones al presente trabajo, gracias a las cuales puedo decir que existe un notorio antes y después.

A la maestra Blanca Mantilla, por formar parte de mi comité, por su tiempo, apoyo y dedicación a esta investigación, pero sobre todo por ser una profesora que impulsa a sus alumnos a ser los mejores.

A la doctora Alejandra González, gracias por su disposición, tiempo y ayuda con la parte estadística y metodológica de esta investigación.

A José Hernández Cuellar, mi padre y el hombre que más admiro, gracias por enseñarme a nunca rendirme y seguir adelante, a sonreír siempre en los malos momentos y a que los Hernández somos unos chingones.

A María de los Ángeles Blancas Roldán, la mujer más dedicada a su familia que he conocido. Madre gracias por siempre cuidarme, este trabajo es gracias a que siempre has creído en mí.

A mi hermana Claudia, por siempre tener tiempo para escucharme, apoyarme y levantarme de mis peores equivocaciones. Te quiero mucho Claus.

A mi Hermano Jesús, por enseñarme que la vida se trata de hacer lo que uno ama, por sus sabios consejos y por siempre motivarme a seguir adelante.

A Teresa, por enseñarme que “el que persevera alcanza”, por su apoyo, comprensión y amor que me ha brindado todo este tiempo, y que me impulsó a concluir la etapa más exigente de mi vida.

Gracias por estar a mi lado, mi amor es tuyo.

A mi sobrina Valentina, por traer felicidad a la casa, lo cual me motivó en los momentos difíciles.

Te amo Vale.

A mis tíos, Enrique, Luz, Magdalena, Martina y Rosa, por ser un ejemplo para mí desde mi infancia y por apoyarme siempre en cada decisión que he tomado.

A mi amiga Eva González Rodríguez, por hacer de mí una mejor persona. Muchas gracias por estar y creer siempre en mí, por todo lo que me has enseñado (tú mejor que nadie sabes lo mucho que he crecido profesional y personalmente). Gracias por forjarme.

Índice

| | |
|--|------------|
| RESUMEN | I |
| ABSTRACT | II |
| INTRODUCCIÓN | III |
| TUMORES ÓSEOS | 1 |
| DEFINICIÓN | 1 |
| CLASIFICACIÓN | 2 |
| TUMORES ÓSEOS MALIGNOS | 4 |
| <i>Diagnóstico tumores óseos malignos</i> | 4 |
| <i>Tratamiento de tumores óseos malignos</i> | 5 |
| TUMORES ÓSEOS BENIGNOS..... | 7 |
| <i>Diagnóstico de tumores óseos benignos</i> | 7 |
| <i>Tratamiento de tumores óseos benignos</i> | 8 |
| TUMORES ÓSEOS BENIGNOS AGRESIVOS | 8 |
| <i>Diagnóstico de tumores óseos benignos agresivos</i> | 9 |
| <i>Tratamiento de tumores óseos benignos agresivos</i> | 9 |
| TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES (TCG) | 11 |
| DIAGNÓSTICO | 12 |
| TRATAMIENTO DE LOS TCG | 13 |
| <i>Radioterapia</i> | 13 |
| <i>Tratamiento Quirúrgico</i> | 14 |
| <i>Tratamiento de rehabilitación</i> | 15 |
| <i>Tratamiento Psicológico en pacientes con tumores óseos</i> | 16 |
| CALIDAD DE VIDA | 19 |
| DEFINICIÓN | 19 |
| CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)..... | 21 |
| DEFINICIÓN DE CVRS | 22 |
| CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES (TCG) | 27 |
| JUSTIFICACIÓN | 30 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 31 |
| OBJETIVO | 31 |
| GENERAL | 31 |
| ESPECÍFICOS | 31 |
| MÉTODO | 31 |
| VARIABLES. | 31 |
| PARTICIPANTES | 31 |
| INSTRUMENTO. | 32 |
| TIPO DE ESTUDIO. | 34 |
| DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. | 34 |
| PROCEDIMIENTO. | 34 |
| ANÁLISIS DE DATOS | 34 |
| RESULTADOS | 36 |
| DISCUSIÓN | 41 |
| CONCLUSIONES | 46 |

| | |
|---|-----------|
| REFERENCIAS | 49 |
| ANEXOS | 60 |
| ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 61 |
| ANEXO 2. INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA (INCAVISA) | 63 |

Resumen

El tumor de células gigantes (TCG) es un tipo de tumor óseo benigno de comportamiento agresivo, suele ser más sintomático que el resto de los tumores, su crecimiento es acelerado, frecuentemente invade tejidos adyacentes, tiende a malignizar ocasionando metástasis pulmonar y ruptura de la cortical (Futamura et al., 2016; Greenspan, 2002; Krishnan & Inwards, 2011; Moreno et al., 2008). Este padecimiento y su tratamiento implican riesgos y dificultades para el paciente, que deterioran su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La evaluación de la CVRS en pacientes con diferentes padecimientos permite valorar el impacto y repercusiones de la enfermedad y su tratamiento sobre el individuo. En el caso de los pacientes con TCG, son escasos los trabajos de investigación acerca del impacto de la enfermedad y el tratamiento sobre la calidad de vida, por ello, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar y describir la calidad de vida en una muestra de pacientes con TCG de la Ciudad de México. La muestra se compuso de N=30 pacientes con diagnóstico confirmado de TCG del servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), captados en la consulta de Oncología Ortopédica, 47% hombres y 53% mujeres, con edades entre 19 y 54 años. El tipo de estudio fue descriptivo, con un diseño no experimental, transversal. Para la evaluación se empleó el Inventario de Calidad de Vida y Salud [InCaViSa] (Riveros, Sánchez-Sosa, & del Águila, 2009). Para el análisis de datos se utilizó estadística no paramétrica. Se encontró deterioro en la calidad de vida en seis de las 12 áreas que evalúa el InCaViSa: Percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana y dependencia médica. Se concluye que esta población sufre un deterioro importante en la calidad de vida relacionada con la salud.

PALABRAS CLAVE: *Neoplasias óseas, Tumores óseos benignos agresivos, Calidad de vida, Percepción corporal y Vida cotidiana.*

Abstract

Giant cell tumor (GCT) is a type of benign bone tumor with aggressive behavior. It is usually more symptomatic than other tumors. It's growth is accelerated, it frequently invades adjacent tissues, tends to malignize causing pulmonary metastasis and rupture of the tumor. (Moreno, et al., 2008). This disease and its treatment imply risks and difficulties for the patient that deteriorate their health related quality of life (HRQL). The evaluation of HRQOL in patients with different conditions allows to assess the repercussion of the disease and its treatment on the individual. In the case of patients with GCT, there are few researches about the impact of the disease and treatment on quality of life, therefore, the objective of the present study was to evaluate and describe the quality of life in a sample of patients with GCT of Mexico City. The sample consisted of N = 30 patients with confirmed diagnosis of GCT from the National Institute of Rehabilitation (INR) Bone Tumors service, collected at the Orthopedic Oncology clinic, 47% men and 53% women, aged from 19 to 54 years. The type of study was descriptive, with a non-experimental, transverse design. For the evaluation, the Inventory of Quality of Life and Health [InCaViSa] (Riveros, Sánchez-Sosa, & del Águila, 2009) was used. Data were analyzed using non-parametric statistics. Deterioration in quality of life was found in six of the 12 areas assessed by InCaViSa: Body perception, cognitive functions, treatment attitude, leisure time, daily life and medical dependence. It is concluded that this population suffers a significant deterioration in the quality of life related to health.

KEYWORDS: Bone tumor, Benign aggressive bone tumor, Quality of life, Body perception and Daily life.

Introducción

Los tumores son un cúmulo de células que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, diferenciándose de una célula normal en cuanto a la velocidad de crecimiento y a los rasgos funcionales y morfológicos. Así mismo, estas células se independizan del resto del organismo siendo insolidarias, aprovechándose del medio en el que se encuentran, pero no colaborando con el resto del organismo, ni respondiendo a las órdenes y estímulos que reciben, proliferando de forma desordenada (Fernández, Timón & Méndez, 2005). Los tumores se clasifican dependiendo de la zona en donde se desarrollen, así como de sus características de diferenciación y crecimiento (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014, Mora et al., 2012). Schajowicz (1972) los clasifica en dos grupos, tumores óseos benignos y tumores óseos malignos.

Los tumores óseos benignos se caracterizan por tener crecimiento lento, una baja tendencia de hemorragia y por no afectar la piel que los recubre ni su temperatura. Todos estos aspectos hacen que la vida del paciente con un tumor óseo benigno no corra riesgo (Olalde, Viveros & Milán, 2008).

Existen los tumores agresivos benignos, cuya principal característica es ser lesiones localmente agresivas, con alta tendencia a resurgir y con baja tendencia a producir metástasis. Uno de los tipos de tumor benigno de comportamiento agresivo más común es el Tumor de Células Gigantes (TCG) (Mendoza, Coutiño, Medina & Mora, 2001).

El TCG suele iniciar como una lesión intracompartimental (se comporta como un tumor benigno) pero de no ser atendido, fácilmente puede evolucionar a comportamientos agresivos del tipo de tumor maligno (Moreno et al., 2008). Los sitios anatómicos mayormente afectados son generalmente los adyacentes a los huesos de las piernas, a los brazos e inclusive llegan a

encontrarse en las articulaciones como las rodillas en los adultos jóvenes y de mediana edad (Futamura et al., 2016; Greenspan, 2002; Krishnan & Inwards, 2011). Este tumor puede presentarse indoloro y el motivo de consulta puede ser debido a una lesión secundaria, como por ejemplo una fractura (Flores, 2009).

Los TCG se tratan con cirugía y en ocasiones radioterapia (López, García, Fernández, Calatayud & Clavel, 2012). La cirugía consiste en seccionar en partes el hueso afectado o el compartimiento que aloja al tumor (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014). Los dos principales tratamientos quirúrgicos son: de conservación o salvamento de la extremidad y la amputación o tratamiento radical. La elección más adecuada dependerá del tipo de tumor (Sarcoma Initiative, 2015).

Los pacientes con TCG inician su proceso de rehabilitación una vez concluida su cirugía quirúrgica (salvamento o radical) (Cortés, Castañeda & Tercero, 2010). La relevancia de la rehabilitación radica en que de no hacerse el paciente podría tener como consecuencia la adquisición de una mala postura lo cual conlleva dolores y esto merma la reintegración a la vida biopsicosocial del paciente (Navarro, 2011).

Aparte de las complicaciones médicas antes descritas existen efectos psicológicos, sobre los estados emocionales, los comportamientos y la manera como se evalúan las limitaciones, la exigencia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y con el pronóstico e impacto que esto conlleva para la vida futura de los pacientes. Muchos de los factores que desencadenan la sintomatología psicológica -como por ejemplo el estrés-, tienen que ver con el entorno hospitalario y es trabajo de los psicólogos intervenir con el objetivo de que el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles para poder recibir la intervención médica (González-Rodríguez, 2010).

En cuanto a los tratamientos, las nuevas tecnologías han elevado las expectativas de vida en pacientes con enfermedades que actualmente son tratables aunque hace medio siglo no lo eran, sin embargo, hay ocasiones donde el costo-beneficio de los tratamientos implica un detrimento físico, emocional o social que afectan la Calidad de Vida Relacionada con la Salud del paciente (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009).

De acuerdo a lo descrito anteriormente el objetivo del presente estudio consistió en evaluar y describir la calidad de vida en una muestra de pacientes con TCG de la Ciudad de México. Es así que el primer capítulo define a los tumores óseos, presenta su clasificación, así como describe las características de los tumores benignos, de los tumores malignos y de los tumores benignos agresivos.

En el segundo capítulo se describe el TCG dando a conocer la forma en que se diagnostica, así como también la manera en que se trata, yendo desde la intervención médica, pasando por la terapia de rehabilitación y llegando a abordar el tratamiento psicológico.

En el tercer capítulo se aborda la definición de calidad de vida, el de calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida en los TCG.

Tumores óseos

Definición

El cuerpo está construido por miles de células vivas. Dichas células cumplen un ciclo normal de vida: nacen, crecen, se dividen para formar nuevas células, envejecen y mueren de forma ordenada (apoptosis celular). En ocasiones las células no mueren cuando deberían hacerlo y esto forma una aglomeración celular, a lo cual en medicina se le denomina tumor. De esta forma un tumor óseo se describe como una proliferación anormal de células dentro de un hueso (National Library of Medicine, 2016a).

Fernández, Timón y Méndez en el 2005 definen los tumores como un cúmulo de células que crecen de forma incontrolada, excesiva, autónoma e irreversible, diferenciándose de una célula normal en cuanto a la velocidad de crecimiento y a los rasgos funcionales y morfológicos. Así mismo, estas células se independizan del resto del organismo siendo insolidarias, aprovechándose del medio en el que se encuentran, pero no colaborando con el resto del organismo, ni respondiendo a las órdenes y estímulos que reciben, proliferando de forma desordenada.

Los tumores son un grave problema de salud a nivel mundial ya que cada año alrededor de seis millones de personas mueren a causa de éstos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 2006 hubo 514,420 defunciones en nuestro país de las cuales 68,815 (13.4% del total de muertes) fueron a causa de algún tipo de tumor maligno, colocándose como tercer causa de muerte entre la población mexicana, por debajo de las enfermedades cardíacas y nutricionales (Aragón, 2009). En el 2011 se reportó que los tumores malignos se colocaron como la principal causa de mortalidad en edad productiva (15 a 64 años) de la población

mexicana, por arriba de enfermedades como la diabetes mellitus y enfermedades del corazón (Secretaría de salud, 2015).

Los tumores óseos constituyen un fenómeno complejo, en muchos casos se desconocen las causas que los originan, sin embargo, se sabe que algunos están relacionados con la exposición a radioterapias y en algunos otros casos, existen alteraciones genéticas que podrían explicarlos. Los tumores óseos son más frecuentes en hombres, a excepción del tumor de células gigantes que es más frecuente en mujeres. Se sabe que más de la mitad de los tumores afectan a los huesos de los miembros inferiores (Casas, 2013).

Por otra parte para establecer el tratamiento se requiere conocer sus características fisiopatológicas que generalmente los clasifican en dos grandes grupos: benignos y malignos. El diagnóstico y clasificación de un tumor óseo se basa en la exploración física dirigida, en estudios de imagen y análisis bioquímicos de laboratorio e histopatológicos (Mora et al., 2012).

Clasificación

Los tumores se clasifican dependiendo de la zona en donde se desarrollen, así como de sus características de diferenciación y crecimiento. Estos tumores pueden manifestarse a cualquier edad, las dimensiones de la tumoración pueden ser variables y el comportamiento biológico es heterogéneo (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014; Mora et al., 2012).

La clasificación más completa para diagnosticar un tumor óseo es la propuesta por Schajowicz (1972) y después adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993). Dicha clasificación divide a los tumores óseos en dos grandes grupos: Tumores óseos benignos y tumores óseos malignos. Para poder clasificar correctamente los tumores es necesario que el médico conozca las características histológicas del tumor óseo, es decir, las características propias del tejido que componen al tumor.

W. F. Enneking (1972) emplea un método de clasificación que permite otorgar un pronóstico más confiable pues emplea estudios histológicos, clínicos y de imagen, lo cual permite dividir a los tumores óseos en dos estadios con 3 niveles respectivamente: estadio 1-2-3 correspondiendo histológicamente como benigno, y estadio I-II-III correspondiendo histológicamente como maligno. El estadio 1 hace referencia a un tumor inactivo, bien encapsulado, asintomático y latente. El estadio 2 corresponde a un tumor activo, con evolución progresiva, sintomática y bien delimitada. El estadio 3 se refiere a los tumores localmente invasivos, con ruptura de la limitación cortical, con posibilidad de recidiva y es considerado agresivo. Por otra parte el estadio I corresponde histológicamente a un tumor maligno de bajo grado, bien diferenciado, tiende a recurrir localmente. El estadio II es un tumor maligno de alto grado, sus células son poco diferenciadas, con abundante necrosis y alta probabilidad de metástasis. El estadio III es un tumor maligno localmente agresivo y con alto grado de metástasis (Tecualt, Moreno & Amaya, 2008).

Siguiendo estas ideas Sugarbaker y Malawere (1996) exponen cinco patrones que permiten identificar a los tumores de acuerdo a sus comportamientos (benignos o malignos): 1) los tumores latentes benignos como un conjunto de células de lento crecimiento y que se desarrollan durante el crecimiento natural del individuo que los porta; 2) los tumores activos benignos que son lesiones de crecimiento progresivo y que pese a ser intervenidos por curetaje, este puede dejar una zona reactiva con presencia del tumor; 3) los tumores agresivos benignos que cuya principal característica es ser lesiones localmente agresivas, con alta tendencia a resurgir y con baja tendencia a producir metástasis. Se logran controlar generalmente con la extirpación de la lesión dejando márgenes amplios, dentro de esta clasificación se destaca el tumor de células gigantes; 4) los tumores malignos de bajo grado que son localmente recurrentes, pero con bajo grado de

producir metástasis; 5) los tumores malignos de alto grado que son células de rápido crecimiento y con alto grado de producir metástasis.

Tumores óseos malignos

Las células de los tumores óseos malignos tienden a invadir y a destruir el hueso en el que se asientan. Sus contornos son irregulares y sus límites imprecisos, rompen la corteza que los recubre e invaden partes blandas. Comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias malignas de origen mesodérmico (capa de células que dan origen a los sistemas: cardiovascular, musculoesquelético, urinario, reproductor y a la capa interna de la piel), hacen metástasis típicamente por vía hematológica a los pulmones (es decir se difunde a los pulmones a través de la sangre), siendo la parte distal del fémur y proximal de la tibia los sitios anatómicos mayormente afectados. Los tipos de tumores óseos malignos más comunes son: el Osteosarcoma, el Condrosarcoma, el Sarcoma de Ewing y el Tumor Maligno de Células Gigantes (Mendoza, Coutiño, Medina & Mora, 2001).

Diagnóstico tumores óseos malignos

El diagnóstico se realiza por medio de la exploración física del miembro afectado así como del historial médico. Además se realizan estudios especializados como la tomografía axial computarizada (la cual permite observar la extensión del tumor, la localización topográfica así como la existencia de fracturas), resonancia magnética nuclear (prueba diagnóstica que permite obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo en 2 y 3 dimensiones) y biopsia (proceso quirúrgico mediante el cual se abre la corteza que recubre la tumoración para poder extraer parte del tejido que lo conforma y así poder analizarlo) (Sánchez-Torres & Santos-Hernández, 2012).

Durante la examinación física se inspecciona la longitud y circunferencia de extremidades, arcos de movilidad, reflejos de sensibilidad (González, 2008).

El historial médico explora los datos de evolución clínica del tumor con la finalidad de encontrar relación entre los síntomas y datos epidemiológicos como edad, sexo y localización de la lesión (Sepúlveda, 2008). Se sabe que los principales signos clínicos de malignidad son: astenia (fatiga crónica que impide la realización de actividades que generalmente el paciente podría realizar), pérdida de peso y dolor intenso (Huaroto, 2016).

Asimismo otra manera de encontrar la presencia de algún tipo de tumor óseo maligno es el análisis de sangre que permite determinar la concentración de una enzima llamada fosfatasa alcalina. Esta enzima se encuentra en gran cantidad en la sangre cuando las células que forman el tejido óseo están muy activas, esto es: durante el crecimiento infantil, al momento en el que un hueso fracturado se está sanando o cuando un tumor genera la producción anormal del tejido óseo. Esta prueba no es un indicador único de presencia de un tumor óseo maligno por lo que se debe complementar con otros estudios (National Cancer Institute, 2008).

Los tumores óseos malignos surgen de la interacción de elementos endógenos y exógenos que son desencadenados por factores de riesgo que en su mayoría aún se desconocen (Ferrís et. al., 2005).

Tratamiento de tumores óseos malignos

El tratamiento es un trabajo multidisciplinario que incluye a oncólogos ortopédicos, oncólogos de radiación, oncólogos médicos y cirujanos microvasculares. Además el tratamiento dependerá de múltiples factores como por ejemplo del tipo de tumor óseo maligno, si esta propagado (metástasis) y del estadio en el que se encuentre. La cirugía, la radiación y la quimioterapia son las principales estrategias para tratarlos. La cirugía es el método por el cual se elimina el tumor sin dejar células malignas ya que tan solo unas pocas son capaces de multiplicarse y formar un nuevo tumor (Bergen, 2015).

En ocasiones debido al tamaño del tumor es necesario retirar todo el miembro afectado, procedimiento quirúrgico a la cual se le denomina amputación. En otras ocasiones es posible la remoción del tumor sin la necesidad de retirar la extremidad siendo este un procedimiento complejo ya que el cirujano tendrá que extirpar la masa tumoral sin dañar los tendones nervios y vasos sanguíneos adyacentes. A este último procedimiento se le denomina de salvamento y en ocasiones se acompaña de la colocación de prótesis que ayuda a conservar la función del miembro afectado. La cirugía por salvamento puede resultar en una extremidad adolorida, susceptible a infecciones o incluso para el caso de pacientes intervenidos con alguna prótesis que los elementos de ésta se aflojen. Lo anterior hace que el paciente tenga que visitar constantemente a su médico o incluso que deba ser sometido a nuevas cirugías (American Cancer Society, 2016).

Otro tipo de tratamiento utilizado en los tumores óseos malignos es la radiación y se utiliza para reducir los tumores antes de la cirugía y matar las células tumorales, para reducir el dolor y disminuir las posibilidades de fracturas óseas. Este tratamiento emplea rayos X de alta potencia, partículas o semillas radiactivas con el objetivo de destruir las células tumorales. La radioterapia causa mayor daño a las células tumorales que a las células normales, esto impide que aumenten y se dividan, y lleva a que se presente muerte celular. Por otra parte la radioterapia puede dañar o destruir células sanas con lo que se llegan a producir efectos secundarios que dependen de la dosis de la radiación y de la frecuencia con que se realice la terapia. Los efectos secundarios comunes son pérdida del cabello, ardor o enrojecimiento de la piel, adelgazamiento del tejido cutáneo o incluso el desprendimiento de la capa externa de la piel (National Library of Medicine, 2016b).

La quimioterapia por otra parte se emplea cuando debido al estadio del tumor, el médico sospecha de la existencia de metástasis. La quimioterapia se administra por medio de fármacos para eliminar las células malignas de rápido crecimiento (Bergen, 2015). Además la quimioterapia se aplica en

distintos momentos y de diversas maneras, por ejemplo: antes de la cirugía o de la radioterapia para reducir tumores (terapia neoadyuvante), después de la cirugía o de la radioterapia para matar cualquier célula maligna que se mantenga (terapia adyuvante), para los tumores que recurren después del tratamiento, y para los tumores que se propagan a otras partes del cuerpo (American Society of Clinical Oncology, 2016).

Tumores óseos benignos

Los tumores benignos están histológicamente constituidos por células de tamaño, tipo y características iguales a las del tejido en que se originan estando circunscritas, encapsuladas y sin tendencia a invadir estructuras vecinas. Presentan crecimiento lento, una baja tendencia de hemorragia, y no afecta la piel que los recubre ni su temperatura. Todos estos aspectos hacen que la vida del paciente no corra riesgo (Olalde, Viveros & Milán, 2008). De hecho muchos de estos tumores pueden mantenerse en observación sin necesidad de intervención, pues algunos pueden detenerse espontáneamente, desaparecer o curarse, otros son fácilmente tratables con curetajes (remoción del tejido tumoral) (Mahiques, 2016).

Los tumores óseos se clasifican en: latentes (están aislados del hueso y no producen sintomatología), activos (existe adelgazamiento, expansión y dolor de la cortical) y agresivos (existe ruptura de la cortical e invasión del tumor a partes blandas o articulación) (Hurato, 2016).

Diagnóstico de tumores óseos benignos

Bustamante y colaboradores (2012) refieren que el diagnóstico para los tumores óseos benignos se basa en la historia clínica, exploración física dirigida, estudios de imagen y análisis bioquímicos, de laboratorio e histopatológicos. Además aseveran que muchos de los tumores óseos benignos son diagnosticados después de una fractura ya que antes no presentan sintomatología. Asimismo se sabe que la mayoría de los tumores óseos benignos se presentan asintomáticos, con forma de un

bulto y que con frecuencia los pacientes refieren tenerlo desde varios años antes del momento del diagnóstico (Huvos, 1981).

El diagnóstico inicia a través de estudios radiológicos del área afectada empleando distintas técnicas de imagen, como por ejemplo a través de la radiología simple, tomografía axial computarizada (que resulta útil para el estudio del hueso) y resonancia nuclear magnética (que sirve para estudiar la masa de las partes blandas). Después la confirmación diagnóstica es otorgada por la biopsia. La confirmación definitiva se da por medio del diagnóstico histológico y de las exploraciones complementarias. El diagnóstico definitivo es un estrecho trabajo entre el médico clínico, el radiólogo y el patólogo (Doncel & Majó, 2003).

Tratamiento de tumores óseos benignos

Algunos tumores óseos benignos desaparecen espontáneamente y por ello no requieren tratamiento. Sin embargo es importante que el paciente acuda a sus revisiones médicas programadas ya que el principal objetivo de estas es mantener vigilada la tumoración y poder así anticipar los signos de malignidad (National Library of Medicine, 2016c).

De acuerdo con las características poco agresivas del tumor óseo benigno la literatura señala que el procedimiento quirúrgico de elección es la exéresis, que es una operación quirúrgica que consiste a extraer del organismo la masa tumoral. La exéresis se indicada únicamente cuando existen síntomas clínicos o por motivos estético (Doncel & Majó, 2003; Hurato, 2016).

Tumores óseos benignos agresivos

Se conoce a los tumores óseos benignos de comportamiento agresivo por ser muy sintomáticos, de rápido crecimiento, romper rápido la cortical o corteza que los recubre y pueden invadir tejidos adyacentes (Moreno et al., 2008). Su histología es benigna, aunque pueden generar metástasis

pulmonares múltiples, en particular el tumor de células gigantes que recibe la clasificación 3 de la escala de Enneking (Tecualt, Moreno & Amaya, 2008).

De acuerdo con Linares y colaboradores (2014) los tumores óseos benignos agresivos más comunes son: quiste óseo aneurismático, el condroblastoma y el tumor de células gigantes. El tumor de células gigantes es poco común, representando del 4 al 5% de todos los tumores primarios y del 13-20% de todos los tumores benignos. Este tumor mayormente conlleva un comportamiento benigno, aunque se sabe que después de la cirugía tiende a reaparecer (Futamura et al., 2016).

Diagnóstico de tumores óseos benignos agresivos

El diagnóstico de este tipo de tumor es complicado ya que se puede presentar asintomático por años y con ello el paciente no se ve alertado hasta que en ocasiones este haya malignizado (Huaroto, 2016). Para un adecuado diagnóstico deben incluirse estudios radiológicos como la tomografía axial computarizada con ventana pulmonar para poder descartar la presencia de metástasis en esa zona. El diagnóstico se complementa con resonancia magnética nuclear que es útil para conocer la extensión intraósea y extraósea del tumor así como también para observar si se encuentra comprometido el paquete vasculonervioso. Por último la biopsia es el procedimiento quirúrgico que se realiza al finalizar los estudios anteriores y que sirve para diagnosticar con exactitud el tipo de tumor que se encuentra presente en el paciente (Sánchez-Torres y Santos-Hernández, 2012).

Tratamiento de tumores óseos benignos agresivos

Debido a las características de este tipo de tumor la radioterapia no es un tratamiento de elección ya que el tumor podría malignizar. El tratamiento quirúrgico para estos tumores es la resección intralesional en conjunto con un tratamiento adyuvante local que evite la recidiva local. También

se emplea como tratamiento quirúrgico el legrado que es el procedimiento quirúrgico que consiste en raspar la superficie del hueso con el objetivo de eliminar el tumor rellenando el hueco con injerto o algún sustituto de hueso. Así mismo si la tumoración se encuentra dentro del fémur o la tibia el procedimiento anterior se suele complementar con la colocación de tornillos quirúrgicos que brindan mayor estabilidad a la extremidad. Otro tratamiento quirúrgico que se emplea es la resección en bloque que es la operación que consiste en separar total o parcialmente uno o varios miembros del cuerpo siendo una alternativa para aquellos huesos sacrificables disminuyendo la tasa de recidividad. La quimioterapia se puede emplear en estos tumores debido a la agresividad con la que se presentan y es útil como tratamiento adyuvante (Llanos et. al., 2008; Moreno et al., 2008; Sánchez-Torres y Santos-Hernández, 2012).

Tumor de células gigantes (TCG)

El TCG suele iniciar como una lesión intracompartimental (se comporta como un tumor benigno) pero de no ser atendido, fácilmente puede evolucionar a comportamientos agresivos del tipo de tumor maligno (Moreno et al., 2008). Es una neoplasia localmente agresiva caracterizada por un tejido ricamente vascularizado (la célula tumoral es irrigada fácilmente por sangre) que presenta histología de tipo benigna, aunque puede malignizarse y llegar a presentar metástasis pulmonar (del 2 al 3% de los pacientes), por lo que se le considera potencialmente maligno. Los TCG generalmente se encuentran adyacentes a los huesos de las piernas, de los brazos e inclusive llegan a encontrarse en las articulaciones como las rodillas en los adultos jóvenes y de mediana edad (Futamura et al., 2016; Greenspan, 2002; Krishnan & Inwards, 2011).

Este tipo de tumor de hueso primario se presenta en forma benigna y maligna, siendo la benigna la más común. Regularmente no se propagan a sitios alejados pero tienden a reaparecer en el lugar donde se originaron después de la cirugía, lo que se conoce como recurrencia local, la tasa de recurrencia es del 80 al 90% (Llamas, Tarango, Fuentes & Fajardo, 2015), rara vez un tumor de células gigantes se propaga a otras partes del cuerpo sin primero recurrir localmente (American Cancer Society, 2015).

Existen tres estadios del TCG: el estadio I se trata de una lesión de tamaño chica, poco activa, con cortical delgada, baja sintomatología, evolución crónica y es el estadio menos frecuente al momento del diagnóstico. Por otra parte el estadio II constituye al 75% de los casos, describiéndose en la literatura médica como un tumor activo con bordes imprecisos. Las principales características del estadio III son: tumor muy agresivo y de gran tamaño, invade los tejidos blandos y presenta un rápido crecimiento (Moreno et al., 2008).

Martin y Mc Carthy en el 2015 enuncian que no se sabe qué factores generan al TCG pero representa el cinco por ciento de todos los tumores óseos. Se sabe que predominan en el sexo femenino entre pacientes que van de 20 a 40 años de edad (Firpo, 2010; Krishnan & Inwards 2011). Así mismo en las Guías Clínicas del Servicio de Tumores del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) en el 2014 se señala que los TCG solo se presentan sintomáticos cuando el tumor ha destruido gran parte del hueso lo cual limita el arco de movimiento de la articulación adyacente. Dicha destrucción del hueso llega a generar fracturas, hinchazón e hipersensibilidad lo cual en la mayoría de los casos es causa de consulta médica (Llanos et. al., 2008).

Diagnóstico

El comportamiento de los tumores óseos es muy variado, en ocasiones se presentan indoloros y el motivo de consulta puede ser debido a una lesión secundaria, como por ejemplo una fractura (Flores, 2009). Krishnan e Inwards (2011) indican que el TCG suele ser diagnosticado equivocadamente debido a sus características histológicas.

Una vez que se sospecha de una tumoración ósea se procede a realizar diversos exámenes médicos para poder determinar la presencia de un TCG y así poder elegir el tratamiento más adecuado. En este sentido Rico y colaboradores (2013) señalan que es muy útil el empleo de estudios por resonancia magnética, aunque los estudios de imagen a los que se puede acceder en la actualidad son: resonancia magnética nuclear, radiografías, tomografías y biopsias del tejido o hueso afectado (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014). Siguiendo esta idea, Sánchez-Torres y Santos-Hernández (2012) señalan que la resonancia magnética nuclear permite al médico tratante visualizar la extensión tumoral incluyendo el compromiso a estructuras nerviosas o sanguíneas circundantes. Las tomografías y radiografías permiten identificar cuando la corteza del tumor se

ha roto invadiendo tejido adyacente y proporciona orientación topográfica de la ubicación de la tumoración con la finalidad de planificar la biopsia y el tratamiento definitivo.

Tratamiento de los TCG

Los tratamientos médicos actuales están enfocados en conservar en primer lugar, la vida del paciente, procurando minimizar el daño al hueso afectado por el tumor, así como evitar los procedimientos radicales que implican la amputación de la extremidad y al mismo tiempo que impactan en la calidad de vida del paciente. El tratamiento principal consiste en la cirugía y en ocasiones radioterapia (López, García, Fernández, Calatayud & Clavel, 2012). Se ha observado que los mejores tratamientos deben estar enfocados en mantener el control local de la enfermedad y mantener la función del miembro afectado (Puthoor & Lype, 2007).

Radioterapia

Martin y Mc Carthy (2015) señalan que la radioterapia ha demostrado resultados favorables en los casos donde el TCG se aloja en los huesos largos, no de igual manera en las articulaciones. La radioterapia es el método médico que sirve para combatir células tumorales por medio de rayos x de alta potencia, partículas o semillas radioactivas (National Library of Medicine, 2016b). La aplicación de radiación con un nivel de alta energía tiene la función a nivel celular de romper enlaces químicos y sacar a los electrones de sus átomos, lo cual produce que la célula implicada muera (American Society of Clinical Oncology, 2013).

El INR en el 2015 señala que la radioterapia solo se debe emplear en los casos en que los márgenes amplios (distancia entre la célula tumoral y el borde del tejido sano) de cirugía no sean conseguidos, debido a que el tumor es adyacente a nervios o arterias que podrían poner en riesgo la vida del paciente, cuando se presente recurrencia local, contaminación tumoral intraoperatoria,

lesiones inaccesibles o resección incompleta del tumor, de otra manera se corre el riesgo de generar metástasis del tumor o de inducir a la transformación maligna de los TCG.

Tratamiento Quirúrgico

La cirugía consiste en seccionar en partes el hueso afectado o el compartimiento que aloja al tumor (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014). Los dos principales tratamientos quirúrgicos son: de conservación o salvamento de la extremidad y la amputación o tratamiento radical. La elección más adecuada dependerá del tipo de tumor y del estadio en que se encuentre (Sarcoma Initiative, 2015).

Se conoce como cirugía conservadora al proceso quirúrgico mediante el cual se extirpa el tejido tumoral conservando intacta la función de la extremidad afectada. Dentro de estas cirugías la eliminación del tumor por medio del curetaje, es la técnica más empleada, aunada al cauterio químico o térmico de las partes de la cavidad. Dicha cavidad se rellena en ocasiones con astillas óseas. La escisión total del tumor y de su cáscara ósea a veces es el tratamiento de elección aunque podría conllevar la pérdida del movimiento de las articulaciones implicadas (Felasfa, 2011; Krishnan & Inwards, 2011).

En este sentido Araujo y colaboradores en el 2010 identifican la colocación de un implante que se conoce como clavo intramedular o artrodesis de rodilla como la mejor opción. Dicho implante permite fijar el fémur con la tibia en aquellos casos donde la rodilla haya sido intervenida a través de una resección es decir, cuando la rodilla haya sido retirada. Sostienen que dicho dispositivo tiene la ventaja de ofrecer una gran estabilidad al paciente tratado. Las desventajas son la posible ruptura del clavo, fractura de la tibia durante la implantación o infección, este tipo de complicaciones pueden llevar a los pacientes con TCG a un deterioro que derive en la amputación de las extremidades (Flores, Velázquez & Sánchez-Sosa, 2014).

La amputación es el proceso quirúrgico por medio del cual se extirpa una parte del cuerpo, de un miembro o parte del él a través de uno o más huesos, tras un proceso de planeación de la cirugía. En ocasiones la amputación puede estar prescrita para evitar el dolor a causa de la diseminación de los tumores o cuando se presentan infecciones en el miembro afectado generando lesiones destructivas extensas (López & Hernández, 2015).

Es complicado establecer un pronóstico a mediano y largo plazo, dado que el TCG puede reaparecer incluso después de siete años y en promedio lo hace dentro de los primeros dos años. Por ello es importante que el paciente acuda a revisiones médicas durante el primer año cada tres meses y posterior a esto cada medio año durante los siguientes siete años (Krishnan & Inwards, 2011).

Tratamiento de rehabilitación

Pérez en el 2013 define rehabilitación física como el proceso médico mediante el cual se procura preservar, recuperar o mejorar el bienestar del paciente al utilizarse medios físicos con objetivos terapéuticos.

El objetivo de la rehabilitación es devolver al máximo la función del cuerpo humano perdida por alguna enfermedad congénita o adquirida, reintegrando al enfermo a su familia, a su trabajo y a la sociedad. Además los tratamientos de rehabilitación están enfocados en devolver la independencia de las actividades de la vida diaria como caminar, alimentarse, la higiene personal, la capacidad de vestirse y de transferirse (Gil, 2007).

El proceso de rehabilitación física se inicia dependiendo del tratamiento quirúrgico (salvamento o radical) al que fue sometido el paciente y comienza desde las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica. El tratamiento de rehabilitación con el que se inicia en los pacientes con salvamento es el de flexión de las articulaciones para evitar deterioro del arco de movimiento de los músculos,

mientras que en los pacientes con tratamiento radical se inicia con el vendaje que cumple la función de remodelar el muñón durante tres meses, posteriores a los cuales se les tomará un molde del mismo para poder realizar la base de su prótesis (Cortés, Castañeda & Tercero, 2010).

Navarro en el 2011 propone una intervención de rehabilitación a pacientes con TCG que consiste en fomentar la movilidad articular, ejercicios de fortalecimiento de músculos, educación en cuanto al uso correcto de los dispositivos de marcha (muleta, andadera o bastón), ejercicios de equilibrio y ejercicios para la marcha. Además, enfatiza la relevancia de llevar a cabo esta estrategia de rehabilitación, pues de no hacerse el paciente podría tener como consecuencia la adquisición de una mala postura lo cual conlleva dolores y esto merma la reintegración a la vida biopsicosocial del paciente.

Tratamiento Psicológico en pacientes con tumores óseos

Como ya se mencionó, existen diversas complicaciones que pueden presentarse de forma posterior a los tratamientos quirúrgicos (infecciones, ruptura de prótesis o fracturas), además de la complejidad del padecimiento mismo, lo que puede ocasionar detrimento de la condición física y/o un mal pronóstico para los pacientes con TCG, lo que puede generar deterioro psicológico. En este sentido González-Rodríguez (2010) señala que las enfermedades implican efectos psicológicos, sobre los estados emocionales, los comportamientos y la manera como se evalúan las limitaciones, la exigencia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y con el pronóstico e impacto que esto conlleva para la vida futura. Muchos de los factores que desencadenan la sintomatología psicológica (como por ejemplo el estrés), tienen que ver con el entorno hospitalario y es trabajo de los psicólogos intervenir con el objetivo de que el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles para poder recibir la intervención médica.

Asimismo Medina y Martínez en el 2009 aseveran que, al ser diagnosticado con un tumor, los pacientes se ven afectados es su sistema emocional, lo que generalmente se manifiesta con estrés y/o depresión y que invariablemente deriva en una desorganización en diversos ámbitos de sus vidas. Dicha desorganización se debe en parte a la naturaleza crónica de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos médicos que suelen ser agresivos y/o mutilantes y por los prejuicios que el paciente tiene sobre lo que significa poseer un tumor. Es por ello de esperarse que los tratamientos médicos alteren la calidad de vida de los pacientes.

Existen pocos estudios sobre intervenciones psicológicas en pacientes con TCG. Flores (2009) reportó una intervención psicológica cognitivo conductual realizada con dos pacientes con TCG previo a una cirugía de salvamento (artrodesis de rodilla). Los componentes de la intervención fueron psicoeducación, para la explicación del diagnóstico, el tratamiento al que serían sometidos y sus consecuencias; entrenamiento en relajación con respiración profunda e imaginación guiada para el manejo de sintomatología ansiosa relacionada con el tratamiento y; entrenamiento en solución de problemas, para la generación de alternativas de solución de problemas relacionados con el tratamiento a corto y mediano plazo. Para evaluar los resultados empleó el inventario de ansiedad de Beck, registros de pensamientos y una guía del procedimiento de solución de problemas. Reportó resultados positivos en ambos pacientes, comprensión y aceptación del diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias, reducción de la sintomatología de ansiedad y generación exitosa de alternativas de solución para los problemas especificados por los pacientes (Flores, 2009).

Alonso y Bastos (2011) refieren que existen cinco etapas cruciales que los pacientes con tumores afrontan a lo largo de su enfermedad y que invariablemente conllevan un impacto emocional, produciéndose estrés en cada etapa: 1) cuando el paciente recibe el diagnóstico de tumor; 2) al

recibir la noticia del tipo de tratamiento que recibirá; 3) cuando entra en remisión, ésta es posterior al tratamiento y se espera que el paciente haya quedado libre de la enfermedad; 4) recurrencia, que como su nombre lo indica, es cuando la enfermedad reaparece después de un tiempo de haber estado libre de ella; y 5) etapa terminal, es aquella en la cual después de haber seguido todos los tratamientos médicos, la enfermedad no cede y las expectativas de vida a causa del curso de la enfermedad son nulas.

Diversos autores han demostrado la eficacia de la terapia cognitiva conductual para tratar la ansiedad, la depresión y el dolor en pacientes con tumores óseos a través de técnicas de relajación e imaginación y adquisición de habilidades de afrontamiento (Flores, 2009; González-Rodríguez, 2014; Seyler, 2010).

Calidad de vida

Definición

La Calidad de Vida (CV) comenzó a estudiarse después de la segunda guerra mundial en Estados Unidos, evaluando la percepción que tenían los sujetos sobre su propia vida (buena o mala). Posterior a esto los investigadores sociales integraron factores económicos y educativos como indicadores que ayudaron a evaluar la CV de forma objetiva. Por otra parte, la psicología introdujo factores subjetivos (por ejemplo, la felicidad o la satisfacción personal) como elementos que influían en la percepción de calidad de vida (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Por otra parte Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater y Gregory (1988) realizaron un estudio en pacientes con cáncer y determinaron que la CV percibida por los pacientes es distinta a la referida por el médico tratante, siendo este último quien consideraba que los pacientes bajo su tratamiento deberían tener una mayor CV a la que en realidad referían.

Las investigaciones anteriores permitieron abrir un debate sobre lo que se debe cuantificar al momento de medir la CV, por un lado, está la evaluación objetiva que hace referencia a la salud funcional y por el otro una percepción subjetiva de la salud. Para Velarde-Jurado y Avila-Figueroa (2002) los factores objetivos permiten evaluar la CV de poblaciones generales (por ejemplo, para la obtención de datos epidemiológicos) y los factores subjetivos permiten evaluar situaciones específicas en intervenciones relacionadas con la salud (por ejemplo, la comparación entre diversos tipos de tratamientos en alguna enfermedad específica).

Para Ardila (2003) los principales factores a tenerse en cuenta en un estudio sobre calidad de vida son: 1) bienestar emocional, 2) riqueza material y bienestar material, 3) salud, 4) trabajo y otras formas de actividad productiva, 5) relaciones familiares y sociales, 6) seguridad, e 7) integración con la comunidad.

Actualmente se cuenta con definiciones que permiten entender la CV como un término que abarca diversos dominios de la vida humana, de acuerdo con Salvador-Carulla, Cano y Cabo-Soler (2004) se sintetizan en factores físicos, mentales y sociales de cada individuo. Además es aceptada la interacción de los factores objetivos y subjetivos como elementos que proveen un concepto de CV (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Dentro del área de la salud, la Organización Mundial de la Salud define al concepto de CV como la percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (World Health Organization, 1994).

Diversos estudios han investigado el impacto de la enfermedad y de los tratamientos sobre la calidad de vida en pacientes con distintos padecimientos, por ejemplo, Weiner, y Neugehauer (2013) realizaron un estudio con la finalidad de describir la CV en pacientes diabéticos después de ser sometidos a una cirugía que buscaba la disminución del peso corporal de los pacientes. Los resultados señalan que la CV mejoró tras la cirugía. Dicha mejora fue superior en los pacientes con remisión de la enfermedad que en los que únicamente mejoraron su estado de salud, pero inferior que en los pacientes que no tenían diabetes antes de la operación.

Otro estudio que midió la CV fue el reportado por Alcaraz, Ferrer y Parrón (2015). El estudio buscó evaluar el impacto en la CV de pacientes obesos antes y después de ser intervenidos con cirugía cuyo propósito fue lograr la disminución de peso. Las áreas evaluadas de la CV fueron: autoestima, actividad física, actividad social, actividad laboral, actividad sexual y comida. Los resultados obtenidos en el pre-test indicaron que los pacientes contaban con una CV baja y en el pos-test que la CV aumentó entre aquellos pacientes que bajaron de peso.

Meng-Yao et al., (2016) realizaron un estudio donde el objetivo fue evaluar la calidad de vida, así como los efectos integradores del apoyo social, la esperanza y la resiliencia en la CV de pacientes con cáncer de vejiga. El estudio contó con 365 pacientes y los resultados obtenidos indicaron que la CV de dichos pacientes fue baja. Con lo que los autores concluyen que el apoyo social, la esperanza y la resiliencia podrían ser útil para aumentar la CV entre esos pacientes.

Por otra parte es importante señalar que existen factores sociales que alteran la calidad de vida de los pacientes, específicamente los que Flores (2009) nombra como factores familiares. Estos factores son considerados elementos que pueden influir en la problemática psicológica de los pacientes con tumores óseos, ya que cuando un paciente es diagnosticado su estilo de vida tiende a modificarse, cambiando los patrones de conducta habituales debido a las actividades que implica tanto el diagnóstico como el tratamiento: visitas de revisión que pueden involucrar traslados que en ocasiones son muy largos; dejar a familiares temporalmente en las comunidades a las que pertenecen; y el impacto del rezago social que supone el acudir a las ciudades en donde se encuentran los centros de atención médica especializados. De igual manera las familias muchas veces tienen que enfrentar limitaciones sociales y financieras.

Como muestran los estudios anteriores el estudiar la calidad de vida relacionada con la salud permite valorar el impacto, la repercusión de la enfermedad y sus tratamientos (Llantá et al., 2016).

Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS)

Los estudios sobre la calidad de vida demuestran ser importantes puesto que permiten describir el impacto de diversas enfermedades en el bienestar de los pacientes y en la evaluación sobre la efectividad de sus tratamientos (Urzúa, 2010).

Se ha reportado que es a partir de la década de 1990 que el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue ganando importancia y figura en diversas investigaciones, ya que

anualmente son publicados en múltiples revistas médicas cerca de dos mil artículos relacionados al término (Katschnig, Freeman & Sartorius, 2000; Schwartzmann, 2003). Es importante otorgar una definición clara del concepto CVRS ya que como se mencionó, la CV abarca múltiples indicadores de bienestar que podrían no estar relacionados con los fines que a esta investigación competen.

Definición de CVRS

Es relevante el estudio de la CVRS ya que: a) ayuda a los diversos institutos médicos a planificar las mejores intervenciones sobre diversos padecimientos que afectan la salud pública; b) permite identificar subgrupos que tengan una mala percepción sobre su calidad de vida; y c) orientar las intervenciones para mejorar su situación evitando consecuencias más graves (Centers for disease control and prevention, 2011).

Estwing, Johnson, Wilbur y Larson en el 2005 definen la CVRS como los efectos que tienen la salud, la enfermedad y el tratamiento, sobre la calidad de vida del individuo.

Diversos autores describen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la percepción de los individuos acerca de su estado de salud a través del bienestar físico y mental. La CVRS es subjetiva y multifuncional e incluye correlatos que pueden afectar las funciones psicológicas, físicas y sociales (Centers for disease control and prevention, 2011; García-Rubio et al., 2015; Mishra, Scherer, Snyder, Geigle & Gotay, 2015).

Urzúa en el 2010 realizó una revisión acerca del concepto de CVRS e hizo una compilación de las definiciones de diferentes autores (ver Tabla 1).

Tabla 1

Propuestas de definiciones en Calidad de vida relacionada a la salud.

| Autor (es) | Definición |
|---|--|
| Echteld, van Elderen, van der Kamp | Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencia satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos. |
| Awad | Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y niveles de desarrollo psicosocial. |
| Burke | Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular. |
| Schipper | Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia. |
| Schipper, Clinch & Powell | Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente. |
| Bowling | Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima. |
| Shumaker & Naughton | Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general. |
| Patrick & Erickson | Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas. |
| Wu | Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes. |
| O'Boyle | Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro. |

Nota. Recuperado de: Urzúa (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138 (3), 358-365.

Las nuevas tecnologías y tratamientos han elevado las expectativas de vida en pacientes con enfermedades que actualmente son tratables aunque hace medio siglo no lo eran, sin embargo, hay ocasiones donde el costo-beneficio de los tratamientos implica un detrimento físico, emocional o social que afectan la CVRS del paciente (Riveros, Sánchez-Sosa, & del Águila, 2009).

Diversos estudios científicos sobre enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, tumores y cáncer) apoyan la relevancia del estudio de la CVRS ya que permiten observar deterioro en las diversas áreas que la componen, como: a) síntomas asociados al tratamiento, b) preocupaciones, c) síntomas emocionales, d) función física, e) salud general, f) función social (Casanova, Trasancos, Orraca, Prats & Gómez, 2011; Galindo, 2014; González-Rodríguez 2014; Llantá et al., 2016; Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

Riveros, Castro y Lara-Tapia en el 2009 realizaron un estudio comparativo en el cual se buscó la diferencia entre la CVRS reportada por pacientes con enfermedades agudas, crónicas y sanos. Las principales características de los grupos fueron: pacientes agudos (N=129) con algún tipo de enfermedad que fuera menor a tres meses (infecciones en la garganta, malestar estomacal, abscesos en ojos y piel, esguinces y contracturas, e infecciones en vías urinarias). Pacientes crónicos (N=172) con un periodo de afectación entre seis meses y 35 años (Diabetes, hipertensión, cáncer, asma, artritis, faringitis crónica, desgaste de articulaciones e insuficiencia renal) y pacientes sanos (N= 114) sin ningún tipo de enfermedad aparente. El grupo de participantes sanos sirvió como control al comparar los puntajes de CVRS con aquellos que presentaban alguna enfermedad. La CVRS se midió con el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) que está compuesto por 12 áreas relacionadas al concepto de CVRS a través de 53 reactivos. Los resultados arrojaron que existían diferencias en la CVRS en 11 de 12 áreas, siendo el área referente a familia donde no se encontraron diferencias significativas, el mayor deterioro se observó en los participantes enfermos (crónicos y agudos) en comparación con los sujetos sanos. Lo que significa que la situación de enfermedad, crónica o aguda, tiene un impacto medible en la CVRS del individuo, y que este impacto es específico en la mayoría de las áreas evaluadas.

Por otra parte, Galindo en el 2014 realizó una investigación para examinar los efectos de una intervención cognitivo conductual en el tratamiento de ansiedad, depresión y CVRS en pacientes con cáncer testicular. En el estudio se incluyeron 60 participantes (31 en grupo control, 29 grupo experimental); todos contaban con escolaridad de nivel medio y superior; 53% casados y 47% solteros. La CVRS se evaluó mediante el InCaViSa. Las mediciones realizadas fueron tomadas en dos tiempos: la primera como línea base y la segunda después de la intervención. Ésta consistió en reestructuración cognitiva, solución de problemas, psico-educación, automonitoreo de las emociones, cogniciones y conductas, relajación e implementación de habilidades de comunicación. El estudio señala que en la línea base las áreas de CVRS que arrojaron puntuaciones más bajas fueron: desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana. Lo que indica la existencia de un deterioro significativo en la CVRS de estos pacientes. Por otro lado el autor da a conocer a manera de resultados que de las áreas evaluadas solo en 4 no se identificaron efectos positivos después de la intervención, dichas áreas fueron: redes sociales, dependencia médica, percepción corporal y relación con el médico. El autor concluye mediante los efectos de la post-intervención que la intervención cognitiva conductual tiene efectos positivos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer testicular.

De manera similar Moreno (2016) reporta haber realizado un estudio correlacional de ansiedad, depresión y calidad de vida en 20 pacientes con cáncer cervicouterino. Las mediciones se obtuvieron en una sola sesión. La CVRS se midió con el InCaViSa, la ansiedad con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Los resultados obtenidos señalan que las áreas con mayor deterioro fueron preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana. Encontró que existe una

correlación positiva entre las variables de dependencia médica, aislamiento y preocupaciones con los síntomas de depresión y ansiedad, así como una correlación negativa entre funciones cognitivas, vida cotidiana, actitud ante el tratamiento, percepción corporal, tiempo libre, desempeño físico, redes sociales, familia y relación con el médico.

Asimismo Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa (2010) llevaron a cabo un estudio para describir los efectos de una intervención cognitiva conductual en la CVRS de pacientes con cáncer de mama. La muestra estuvo compuesta por 60 participantes cuyo diagnóstico fue cáncer de mama no terminal. El estudio fue realizado en dos fases: en primer lugar se llevó a cabo una medición de la CVRS a través del InCaViSa a modo de pre-test. La intervención estuvo compuesta por: psicoeducación, adhesión terapéutica, identificación y modificación de cogniciones disfuncionales, así como de la mejora de las cogniciones disfuncionales y mejora de la autorregulación emocional. Los resultados obtenidos en el post-test indican que la CVRS aumentó significativamente después de haberse aplicado la intervención.

Por otro lado Gang, Yan y Wen Zhi realizaron un estudio en el 2012 con la intención de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud entre pacientes tratados con tumores óseos malignos después de la cirugía. Trabajaron con una población de 120 pacientes cuyos tratamientos quirúrgicos incluían amputación y rescate de extremidades, durante un lapso de dos años. La CVRS de los pacientes se midió por medio del Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) antes y después de cirugía. Los resultados reportados señalan que se observó una mejora significativa de todos los índices de CVRS después de seis meses, mostraron un aumento significativo en las áreas de: función física, rol físico y dolor corporal. Asimismo indican que la CVRS de pacientes con tumores óseos en el estudio eran más bajos que los de la población general en cada dominio. Encontraron que las mujeres puntuaron significativamente más bajo en el

resumen de componentes físicos en comparación con los hombres. Los autores concluyen que el tratamiento para el tumor óseo podría alterar en gran medida la CVRS de los pacientes.

De otra manera Barrera, Teall, Barr, Silva y Greenberg en el 2012 realizaron un estudio en el cual se investigó la CVRS y la discapacidad física en adolescentes y adultos jóvenes con tumores óseos en las extremidades. Dicho estudio evaluó las distintas áreas en función al tipo de tratamiento quirúrgico, género y edad de los pacientes. La muestra reportada fue de 28 participantes los cuales tuvieron un rango de edad que iba de los 18 a los 32 años. Los tratamientos quirúrgicos se dividieron en dos grupos: cirugías de salvamento y cirugías radicales o amputación. Los autores reportaron que el área de CVRS que presenta mayor deterioro entre su grupo evaluado es la referente a funcionamiento físico. En cuanto al tratamiento se reportó que los pacientes con cirugía de salvamento tienen una menor CVRS en comparación con los pacientes con cirugía radical en las áreas de funcionamiento emocional y fatiga. Por otro lado los hombres reportaron mejor percepción de CVRS general en comparación con las mujeres. Por último, los pacientes más jóvenes reportaron una mejor percepción de CVRS en comparación con los pacientes mayores.

Como indican los estudios anteriores existen diferencias significativas en la CV dependiendo del tipo de enfermedad, de su duración e intensidad así como del tipo de tratamiento al que son sometidos los pacientes, siendo aquellos con enfermedades crónicas quienes suelen manifestar el mayor deterioro en la CVRS (García-Viniegras & Rodríguez, 2007).

Calidad de vida en pacientes con tumor de células gigantes (TCG)

Haugland, Klopstad, Hofoss y DeVon (2016) enfatizan que los tumores producen estrés, el cual describen como reacción y síntoma que influye en la adaptación del paciente a la enfermedad. Asimismo refieren que el apoyo social juega un papel importante en el proceso de afrontamiento de la enfermedad ya que estos pueden ayudar a generar un proceso de reestructuración cognitiva

que permita la adaptación de paciente para poder afrontar las adversidades referentes a la enfermedad. Los estudios que evalúan la CVRS en pacientes con TCG han sido predominantes para aquellos de tipo maligno (Shchelkova & Usmanova, 2015; Yong-Jian, Yan-Jun, Dan, Jian-Wei & Bin, 2012; Gang, Yan & Wen Zhi, 2012; Yuan et al., 2014; Van Riel et al., 2014). Sin embargo González-Rodríguez (2014) realizó una intervención psicológica en pacientes con tumores óseos. Su intervención contempló a cuatro participantes de los cuales dos tenían TCG. El objetivo era mejorar la CVRS, sintomatología depresiva, ansiosa y de dolor. Dichas evaluaciones se realizaron en tres tiempos: antes de la intervención (pre-test), después de la intervención (post-test) y después de un mes como seguimiento. La intervención tuvo componentes de psicoeducación, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, tareas conductuales y prevención de recaídas. Los resultados indican que los pacientes con TCG mostraron aumento en la CVRS en el pos-test sin lograr mantenerla en el seguimiento. En cuanto al dolor y la ansiedad la autora señala que hubo mejoras clínicas significativas, aunque en diversos niveles, cuestión que se explica al ser distintos los niveles de inicio en dichos pacientes.

Por otra parte Shchelkova y Usmanova en el 2015 realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar los aspectos básicos de la calidad de vida y la relación con la enfermedad en pacientes con tumores óseos malignos o premalignos. Se trabajó con 82 participantes que tenían entre 18 y 67 años; con una edad media de 34. Fueron divididos en tres grupos según su diagnóstico: osteosarcoma, tumor de células gigantes y condrosarcoma. El estudio dio como resultado que los pacientes con tumor de células gigantes exhibieron el mayor grado de limitación de la actividad física y el menor funcionamiento social, mayores dificultades financieras y más sitios de dolor que los pacientes con osteosarcoma o con condrosarcoma. Los autores concluyen que existe la

necesidad de desarrollar programas individualizados de ayuda psicológica para pacientes con tumores óseos malignos y premalignos.

Justificación

El tumor de células gigantes tiene una baja prevalencia ya que únicamente representa entre el 4 y 5% de todos los tumores primarios y del 13 al 20% de todos los tumores benignos, sin embargo, conlleva importantes complicaciones para el paciente. Desde el inicio, es difícil establecer el diagnóstico por diversas causas: frecuentemente se presenta asintomático; puede confundirse la sintomatología (cuando esta existe) y llevar a un diagnóstico y tratamiento erróneo; puede haber complicaciones previas al diagnóstico, como malignización del tumor o fracturas, por mencionar algunas. Debido a que aparecen con mayor frecuencia en extremidades inferiores suele interferir de forma importante con la movilidad del paciente. Después de la cirugía la recurrencia local es de hasta 90% de los casos, y cuando existe recurrencia, es mayor la probabilidad de desarrollar metástasis pulmonar, lo cual involucra una amenaza para la vida. Finalmente, las intervenciones quirúrgicas, implican riesgo, dejan cicatrices y cambian la imagen del paciente.

Los estudios llevados a cabo con pacientes indican que la enfermedad tanto como el tratamiento médico implican un deterioro en la calidad de vida (Barrera, Teall, Barr, Silva & Greenberg, 2012; Flores, 2009; Galindo, 2014; Gang, Yan & Wen Zhi, 2012; Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010; Moreno, 2016; Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009), sin embargo, en población mexicana existen pocos estudios acerca de la CV en pacientes con TCG, por lo que el objetivo del presente estudio consistió en evaluar y describir la calidad de vida en una muestra de pacientes con TCG de la Ciudad de México.

Planteamiento del problema

¿Cuál es el deterioro en la calidad de vida de pacientes diagnosticados con TCG del INR?

Objetivo

General

Identificar las áreas con deterioro de la calidad de vida en un grupo de pacientes diagnosticados con TCG.

Específicos

Encontrar si existen diferencias significativas en la calidad de vida de un grupo de pacientes de acuerdo al tratamiento y género.

Método

VARIABLES.

Variable dependiente calidad de vida
Variables independientes tratamiento y género

Participantes

Participaron 30 personas, todos cumplían con los siguientes criterios de inclusión: (a) Ser mayores de 18 años, (b) contar con diagnóstico confirmado de TCG (c) que accedieran a participar en el estudio firmando el consentimiento informado y (d) supieran leer y escribir. Los criterios de exclusión fueron: (a) pacientes con problemas visuales o auditivos severos que les impidieran responder a la evaluación por sí mismos. Los criterios de eliminación fueron: (a) que el paciente dejara sin respuesta el 10% o más de la escala o (b) que decidieran, por cualquier motivo, retirar el consentimiento. Todos los participantes fueron captados en la consulta de Oncología Ortopédica

dentro del servicio de Tumores Óseos del INR en un periodo de junio del 2012 a noviembre del 2013.¹

Las características generales de los participantes se muestran en la Tabla 2, Se observa que 47% de los participantes fueron hombres y 53% mujeres; la edad promedio fue de 31 años con un rango de 19 a 54 años (Md=34). Aproximadamente seis de cada 10 participantes no contaban con tratamiento, dos de cada 10 reportaron haber sido intervenidos con prótesis de cadera y uno de cada 10 contaban con artrodesis como tratamiento quirúrgico.

Tabla 2
Descripción de la muestra

| | f | % |
|--|----|-------|
| N | 30 | 100 |
| Edades | | |
| 19-54 (\bar{X} = 31) (Md=34) (DS= 9.44) | | |
| Sexo | | |
| Mujer | 16 | 53.30 |
| Hombre | 14 | 46.70 |
| Tratamiento quirúrgico | | |
| Sin tratamiento | 19 | 63.30 |
| Artrodesis | 4 | 13.30 |
| Prótesis de cadera | 7 | 23.30 |

Instrumento.

Se empleó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), diseñado por Riveros, Sánchez-Sosa y del Águila (2009). Dicho instrumento evalúa la calidad de vida de pacientes con padecimientos crónicos; cuenta con 53 reactivos en escala tipo Likert, con seis opciones de respuesta que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente en 12 áreas relacionadas al

¹ Los datos del presente estudio se recabaron como parte del proyecto de doctorado titulado: Evaluación e intervención psicológica en pacientes con tumores óseos: Calidad de vida, ansiedad, depresión y dolor, dirigido por la maestra en psicología Eva González Rodríguez. El autor de esta tesis colaboró en: entrevistar a pacientes en consulta externa y hospitalizados; aplicar baterías de pruebas; capturar datos en SPSS; y realizar intervenciones con técnicas de relajación (supervisadas por la investigadora a cargo del proyecto).

concepto de CVRS. La consistencia interna total del inventario es de 0.90. Las áreas y el coeficiente de confiabilidad -alfa de Cronbach (α)- para cada una son:

Preocupaciones: cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros ($\alpha = 0.839$).

Desempeño físico: capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo ($\alpha = 0.823$).

Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual ($\alpha = 0.798$).

Percepción corporal: grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente ($\alpha = 0.847$).

Funciones cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración ($\alpha = 0.877$).

Actitud ante el tratamiento: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico ($\alpha = 0.683$).

Tiempo libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas ($\alpha = 0.874$).

Vida cotidiana: revisa el grado de satisfacción- insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad ($\alpha = 0.933$).

Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia ($\alpha = 0.899$).

Redes sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas ($\alpha = 0.817$).

Dependencia médica: grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante ($\alpha = 0.810$).

Relación con el médico: grado en que el paciente se encuentra cómodo con la atención del médico tratante ($\alpha = 0.758$).

El instrumento incluye secciones para analizar situaciones transitorias que podrían mermar los resultados y una sección para colocar comentarios generales sobre el padecimiento. Así mismo agrega una sección de datos sociodemográficos.

Tipo de estudio.

Descriptivo

Diseño de investigación.

No experimental, transversal.

Procedimiento.

Se identificó a los pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación diagnosticados con TCG a través del médico tratante y de los censos de consulta externa de Ortopedia Oncológica y Ortopedia del Servicio de Tumores Óseos. Se contactó a los pacientes en la sala de espera y se les invitaba a participar en el estudio, quienes aceptaban firmaban un consentimiento informado. Los participantes respondieron el inventario InCaViSa de forma individual, en caso de tener compañía se les pedía a los acompañantes que esperaran aparte con el objetivo de que el participante pudiera contestar libremente. El tiempo aproximado de respuesta fue de 20 minutos, una vez que terminaban se les agradecía su participación.

Análisis de datos

Para la interpretación de cada área del InCaViSa se recodificaron los baremos obtenidos del inventario de los pacientes con TCG de acuerdo a los percentiles para pacientes crónicos que presenta el manual del inventario, los cuales se interpretan: 100 la mayor calidad de vida y 0 la

menor calidad de vida (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009). Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) en su versión 20, para procesar la información colectada y se empleó estadística no paramétrica mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

Resultados

Dado que la muestra obtenida para el presente estudio es reducida se decidió utilizar la mediana para describir la calidad de vida en la muestra, ello también permite realizar análisis estadísticos para identificar diferencias significativas entre los grupos

En la Figura 1 se muestran las medianas de calidad de vida por área, La figura muestra que las áreas en las que se presentó mayor deterioro fueron percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana y dependencia médica.

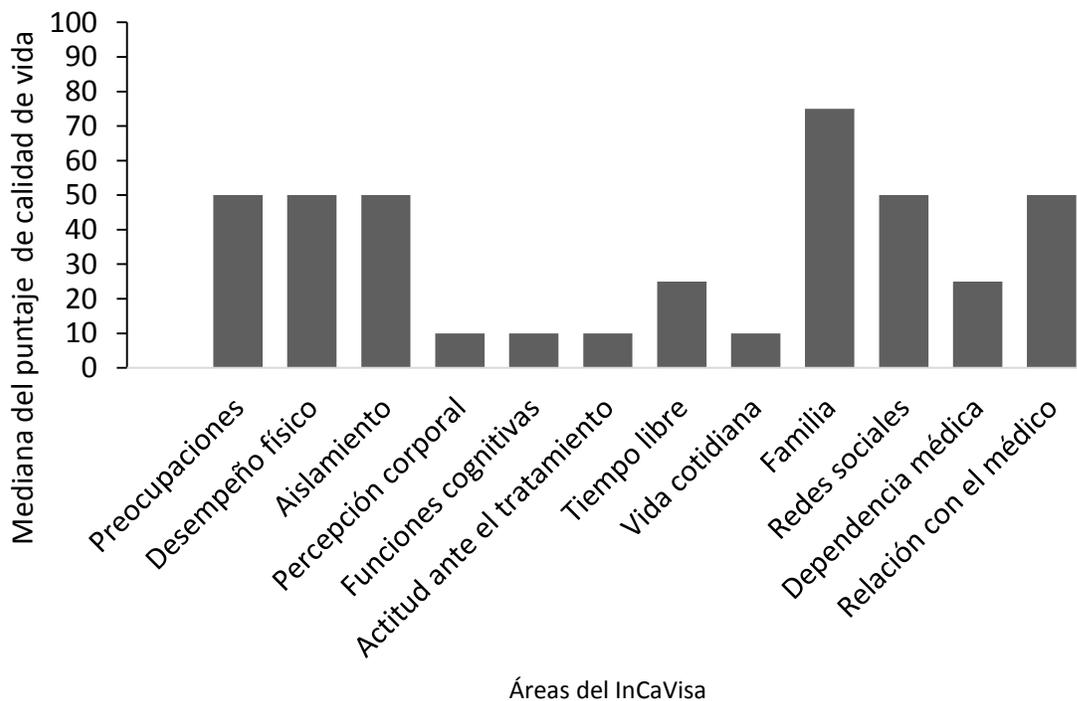


Figura 1. Medianas de la calidad de vida por área.

Dado que participaron pacientes que fueron sometidos a diferentes tratamientos, se decidió comparar las medianas del puntaje de calidad de vida obtenido en cada área, esta información se presenta en la Figura 2. Se encontró que, independientemente del tratamiento, puntuaron más bajo

en las áreas de percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana. En el caso del área de preocupaciones, los participantes con prótesis de cadera puntuaron más bajo que los otros dos grupos, mientras que en el área desempeño físico quienes puntuaron más bajo fueron los que recibieron el tratamiento de artrodesis. En el área tiempo libre, quienes puntuaron más alto fueron los pacientes sin tratamiento, seguidos por los que recibieron un tratamiento de artrodesis y luego por los que obtuvieron una prótesis de cadera. En el área vida cotidiana y dependencia médica, la gráfica muestra que los grupos sin tratamiento y que recibieron prótesis de cadera la mediana fue más baja en comparación con la obtenida por el grupo de artrodesis.

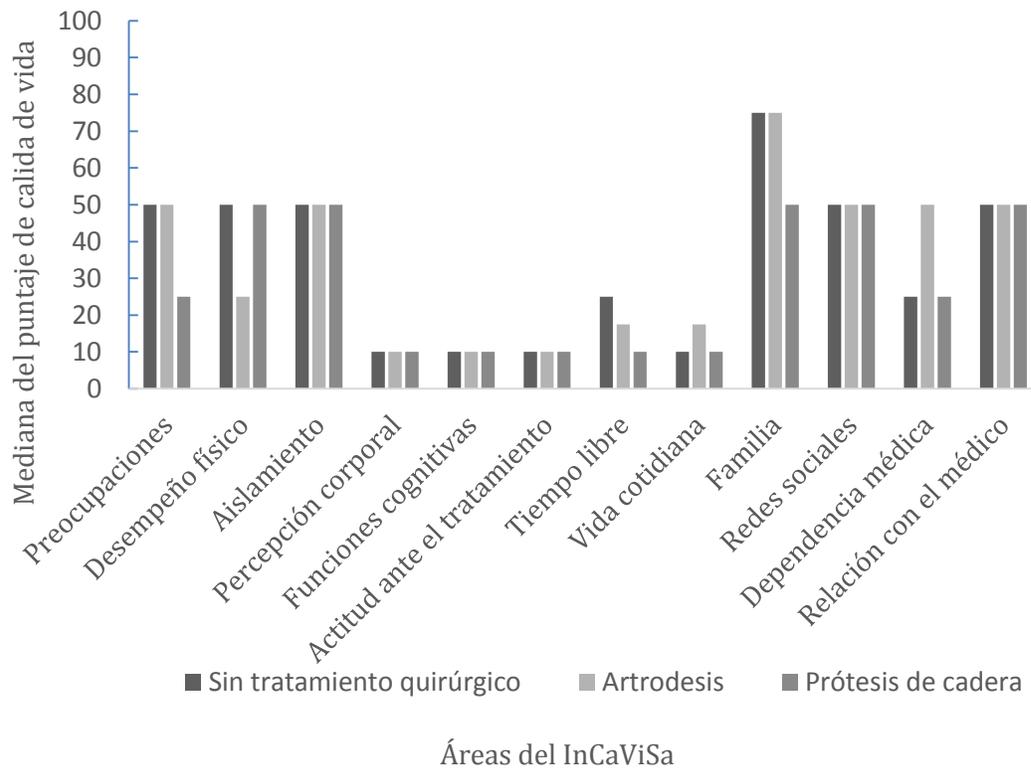


Figura 2: Medianas del puntaje de calidad de vida por área en función al tratamiento.

Para determinar si existieron diferencias significativas entre los puntajes de calidad de vida en función del tratamiento se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Valor de significancia obtenida para cada comparación realizada en función del tipo de tratamiento para cada área del InCaViSa.

| | P |
|------------------------------------|----------|
| Preocupaciones | 0.46 |
| Desempeño físico | 0.88 |
| Aislamiento | 0.98 |
| Percepción corporal | 0.41 |
| Funciones cognitivas | 0.62 |
| Actitud ante el tratamiento | 0.70 |
| Tiempo libre | 0.87 |
| Vida cotidiana | 0.74 |
| Familia | 0.85 |
| Redes sociales | 0.82 |
| Dependencia médica | 0.95 |
| Relación con el médico | 0.72 |

Por último, en relación con las diferencias respecto el sexo se observa en la Figura 3 que las mujeres presentaron mayor deterioro en las áreas de Preocupaciones, Desempeño físico y Familia en comparación con los hombres. La figura también muestra que los hombres presentaron menor puntaje en las áreas de tiempo libre, dependencia médica y relación con el médico en comparación con las mujeres.

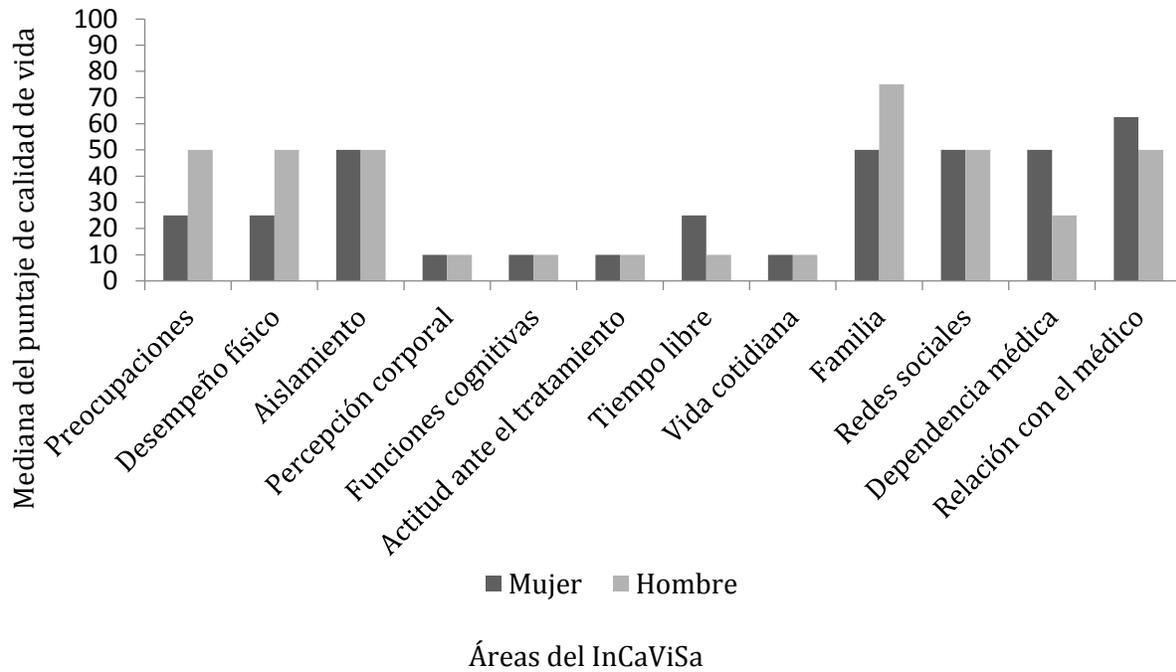


Figura 3: Medianas de la calidad de vida por área en función al género.

Para determinar si existieron diferencias significativas entre los puntajes de calidad de vida en función al género se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. No se encontraron diferencias significativas como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Valores de *U* de Mann-Whitney y significancia obtenidas para cada comparación realizada en función del género para cada área del InCaViSa.

| | U de Mann-Whitney | P |
|------------------------------------|--------------------------|----------|
| Preocupaciones | 79 | 0.127 |
| Desempeño físico | 79 | 0.235 |
| Aislamiento | 76.5 | 0.193 |
| Percepción corporal | 91 | 0.178 |
| Funciones cognitivas | 111 | 0.923 |
| Actitud ante el tratamiento | 100 | 0.74 |
| Tiempo libre | 75 | 0.094 |
| Vida cotidiana | 94 | 0.369 |
| Familia | 80.5 | 0.242 |
| Redes sociales | 101.5 | 0.866 |
| Dependencia médica | 63.5 | 0.059 |
| Relación con el médico | 88.5 | 0.647 |

Discusión

El propósito del presente estudio fue describir la CV entre pacientes diagnosticados con TCG que acuden al servicio de tumores óseos del INR.

Para tal propósito se definió la CVRS como la percepción de los individuos acerca de su estado de salud a través del bienestar físico y mental. Es importante señalar que la CVRS es subjetiva y multifuncional e incluye correlatos que pueden afectar las funciones psicológicas, físicas y sociales (Centers for disease control and prevention, 2011; García-Rubio et al, 2015; Mishra, Scherer, Snyder, Geigle & Gotay, 2015).

Como ya se mencionó, la literatura señala que el TCG es un tumor benigno de comportamiento localmente agresivo que constituye el 5% de los tumores óseos primarios (Rico, et al, 2013; Martínez, Hernández, Sánchez, & García, 2013). Se conoce a los tumores óseos benignos de comportamiento agresivo por ser muy sintomáticos, de rápido crecimiento, romper rápido la cortical o corteza que los recubre y pueden invadir tejidos adyacentes (Moreno et al., 2008). Además se sabe que los principales tratamientos de elección para intervenir a los TCG implican la remoción o escisión de la tumoración o inclusive la colocación de un implante. Dichos tratamientos tienen como principal desventaja la disminución de la movilidad de las articulaciones, así como cambios físicos notorios (Felasfa, 2011; Krishnan & Inwards, 2011; Flores, Velázquez & Sánchez-Sosa, 2014).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente es entendible que las características propias del TCG, así como los tratamientos de la enfermedad afecten la CVRS de los pacientes con TCG, como lo señalan los resultados del presente estudio en donde se muestra que de las 12 áreas que componen

la CV de acuerdo al InCaViSa, fueron seis en donde se encontró mayor deterioro, siendo estas: Percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana y dependencia médica. Lo anterior coincide con lo reportado por Galindo en 2014 quien empleando el mismo inventario encontró las mismas áreas de deterioro que en el presente estudio (a excepción del área de dependencia médica).

De manera similar Moreno en el 2016 reportó haber realizado un estudio correlacional de ansiedad, depresión y CVRS entre pacientes con cáncer cervicouterino. Los resultados obtenidos señalan que las áreas con mayor deterioro fueron preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana. Esto indica que de las siete áreas que se evaluaron con menor CVRS en el estudio anterior, en cinco áreas convergen con el presente estudio y las excepciones son las áreas referentes a preocupaciones y dependencia médica. En este mismo estudio, la autora concluye que existen tendencias de correlación positiva entre las variables de dependencia médica, aislamiento y preocupaciones con los síntomas de depresión y ansiedad, así como correlación negativa entre funciones cognitivas, vida cotidiana, actitud ante el tratamiento, percepción corporal, tiempo libre, desempeño físico, redes sociales, familia y relación con el médico.

Asimismo los resultados arrojados en las áreas de tiempo libre, funciones cognitivas, así como actitud ante el tratamiento se asemejan a los reportados por González-Rodríguez en el 2014 en su evaluación e intervención psicológica entre pacientes con tumores óseos.

En cuanto al promedio de CVRS por área en función al sexo en el presente estudio se encontró que las mujeres presentaron mayor deterioro en las áreas de preocupaciones, desempeño físico y familia en comparación con los hombres. Para el caso de los hombres las áreas que presentaron menor puntaje fueron las de tiempo libre, dependencia médica y relación con el médico.

Estudios en los que se evaluó la CVRS entre pacientes con enfermedades crónicas (tumores óseos e hipertensión) compararon la CV entre sexos, llegando a la conclusión de que las mujeres se perciben con una menor CV en comparación a los hombres. Sin embargo los resultados encontrados no especifican las áreas en las que el deterioro fue mayor para cada grupo ni tampoco si las diferencias entre cada grupo eran estadísticamente significativas (Barrera, Teall, Barr, Silva & Greenberg, 2012; Gang, Yan & Wen Zhi, 2012; Rebollo, Fernández-Vega & Ortega, 2001).

El presente estudio determinó que no existen diferencias en la CVRS de los pacientes con TCG al compararlos de acuerdo a su sexo. Lo anterior resulta similar a lo encontrado por Bautista y Zambrano (2015), quienes evaluaron la CV de acuerdo al sexo entre pacientes diabéticos y concluyeron que aún no es posible ofrecer una explicación a sus hallazgos debido a los pocos estudios que comparen dichas variables (Bautista & Zambrano, 2015).

Por otra parte en cuanto a los resultados por tipo de tratamiento se encontró que las puntuaciones más bajas se presentaron en las áreas de percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre y vida cotidiana. En el caso del área de preocupaciones, los participantes con prótesis de cadera puntuaron más bajo que los otros dos grupos, mientras que en el área desempeño físico quienes puntuaron más bajo fueron los que recibieron el tratamiento de artrodesis. En el área tiempo libre, quienes puntuaron más alto fueron los pacientes sin tratamiento, seguidos por los que recibieron un tratamiento de artrodesis y luego por los que obtuvieron una prótesis de cadera. En el área vida cotidiana puntuaron y dependencia médica, la gráfica muestra que los grupos sin tratamiento y que recibieron prótesis de cadera la mediana fue más baja en comparación con la obtenida por el grupo de artrodesis.

El que exista deterioro en el área de percepción corporal entre los pacientes con prótesis de cadera podría explicarse por el hecho de que las cirugías a las que son sometidos dichos pacientes implican

la generación de fistulas, cicatrices o incluso el acortamiento y/o adelgazamiento de alguna extremidad. Asimismo en cuanto al área de tiempo libre y vida cotidiana se puede decir que los tratamientos crean cambios radicales en los estilos de vida lo que genera que el paciente considere su enfermedad como un obstáculo para poderse desempeñar y gozar de sus actividades cotidianas (Felasfa, 2011; Flores, Velázquez & Sánchez-Sosa, 2014; Krishnan & Inwards, 2011; López & Hernández, 2015; Sarcoma Initiative, 2015).

Además de los resultados anteriores los pacientes cuentan con expectativas sobre su enfermedad desde el momento en que se les confiere un diagnóstico. Dichas expectativas podrían ser negativas en el momento que se presentan algunos efectos tardíos como el dolor, infecciones o aflojamiento de los materiales de la prótesis. Probablemente esto explique que los pacientes con prótesis de cadera hayan sido los que menor percepción de CV mostrando actitudes negativas ante el tratamiento, así como desagrado al adherirse a los tratamientos médicos por los efectos tardíos antes mencionados (Alonso & Bastos, 2011).

Pese a lo anterior y como ya se mencionó no se encontró que existieran diferencias entre los tres grupos (sin tratamiento quirúrgico, prótesis de cadera y artrodesis de rodilla). Esto podría ser debido a que como lo señala la literatura existen cinco etapas que los pacientes con tumores óseos afrontan a lo largo de su enfermedad y que van desde el momento en el que se les confiere un diagnóstico, pasando por el momento en el que se les otorga un tratamiento. Después de esta etapa se puede llegar a la remisión o por otra parte a la recurrencia y finalmente a la muerte. Además los pacientes con tumores óseos sin importar la etapa de la enfermedad en la que se encuentren viven un deterioro en cuanto a su CV debido a que sus estilos de vida tienden a modificarse, cambiando los patrones de conducta habituales por visitas de revisión que pueden involucrar traslados que podrían ser muy largos, incómodos y que en ocasiones se realizan en soledad debido a las

condiciones económicas de cada paciente. (Casanova, Trasancos, Orraca, Prats & Gómez, 2011; Flores, 2009; Galindo, 2014; González-Rodríguez 2014; Llantá et al., 2016; Riveros, Castro & Lara-Tapia, 2009).

Conclusiones

El presente estudio se enfocó en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes diagnosticados con tumor de células gigantes. De los resultados de este estudio se concluye en primer lugar que esta población sufre deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud ya que presentan alteraciones en su percepción corporal debido a las características de los tratamientos, mismos que suelen ser altamente invasivos y ocasionar alteraciones físicas como disminución de la movilidad o cicatrices. Dichas alteraciones impactan en el desempeño y goce de las actividades recreativas de los pacientes generándoles desagrado por adherirse a los tratamientos médicos.

Asimismo las atenciones médicas constantes implican que los pacientes con TCG dejen de realizar sus actividades cotidianas provocándoles insatisfacción debido a los cambios en sus rutinas diarias a partir de la enfermedad. Por otra parte la complejidad del padecimiento así como el estrés derivado de las continuas estancias hospitalarias y de los tratamientos médicos les generan alteraciones en sus funciones cognitivas relacionadas a la memoria y concentración.

En segundo lugar es importante mencionar que en cuanto al tratamiento se encontraron áreas con deterioro en la CVRS, aunque no hubo diferencias entre los grupos evaluados.

En tercer lugar y de manera similar, en los grupos comparados por sexo se observó que la CVRS puntuó por debajo de 50 lo cual indica deterioro, aunque al igual que para el caso de los grupos por tratamiento, no se encontraron diferencias de acuerdo al sexo. Asimismo dentro de la literatura no se encontró que exista un convenio sobre qué sexo tiene mayor deterioro en la CVRS entre pacientes con tumores óseos, lo cual es un tema importante para seguir evaluando en futuras investigaciones, porque de saber en qué áreas de la CVRS cada sexo tiene mayor deterioro se podrán hacer intervenciones enfocadas a subsanar dichos deterioros.

Dentro de las perspectivas futuras es importante señalar la relevancia de enfocar los tratamientos en un sentido multidisciplinario y dentro del área psicológica emplear terapia cognitiva-conductual, la cual ha demostrado ser una terapia efectiva en ayudar a aumentar la CVRS entre pacientes oncológicos y específicamente entre pacientes con tumor de células gigantes (Flores, 2009; Galindo, 2014; González-Rodríguez, 2014). El trabajo del psicólogo suele integrarse a los diversos momentos de la evolución clínica del paciente con tumor de células gigantes, yendo desde el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y hasta el momento de la muerte. Asimismo al hablar de un TCG se enuncia un padecimiento poco común, pero como ya se mencionó con múltiples dificultades que impactan en la CV del paciente, la cual en el presente estudio se evaluó mediante el enfoque cualitativo, sin embargo para lograr llegar a una comprensión más profunda del impacto subjetivo de la enfermedad una perspectiva futura debería enfocarse al análisis cualitativo de la CVRS de la población de tumores óseos.

En cuanto al hallazgo referente a que no existen diferencias de acuerdo al sexo de los participantes sería importante enfocar futuras investigaciones que cubran esa brecha del conocimiento, quizá con un estudio con enfoque cualitativo.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el hecho de que los participantes fueron seleccionados de una sola institución de tercer nivel, la muestra fue relativamente pequeña y por ello los resultados no podrían generalizarse para la población de tumores óseos mexicana. Por otra parte es importante señalar las dificultades que se presentaron al momento analizar los resultados debido a que el inventario con el que se trabajó es poco claro al momento de calificarlo, no brinda una evaluación de la calidad de vida general (como es el caso de otros inventarios) otorgando únicamente un indicador de CV por áreas, lo también representó una dificultad al

momento de querer comparar los resultados del presente trabajo con los realizados por otros autores.

Finalmente, se puede afirmar que el presente estudio representa una valiosa contribución a la literatura de investigación en población mexicana ya que los resultados encontrados indican que la población estudiada posee un deterioro importante, requiere de mayores investigaciones enfocadas a medir su calidad de vida relacionada con la salud así como implementar intervenciones psicológicas.

Referencias

- Alcaraz-García, A. M., Ferrer-Márquez, M., & Parrón Carroño, T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2033-2046.
- Alonso, C. & Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer. *Clínica contemporánea*, 2, 187-207. doi:10.5093/cc2011v2n2a6
- American Cancer Society. (2015). *Cáncer de Huesos*. Recuperado de <http://m.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002281-pdf.pdf>
- American Cancer Society. (2015). *Principios de la Quimioterapia*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002996-pdf.pdf>
- American Society of Clinical Oncology. (2013). *Understanding Radiation Therapy*. Recuperado de <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/radiation-therapy/understanding-radiation-therapy> radioterapia
- American Society of Clinical Oncology. (2014). *What is Cancer Surgery?* Recuperado de <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/surgery/what-cancer-surgery>
- American Society of Clinical Oncology. (2016). *Understanding Chemotherapy*. Recuperado de <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/chemotherapy/understanding-chemotherapy>
- Araujo, V., Domínguez, V., Martínez, J., Rico, G., Delgado, E., Alcántara, D., Noriega, A. & Carbajal, P. (2010). *Análisis biomecánico de un espaciador para neoplasias de rodilla en función de tamaño de la resección por medio de elementos finitos*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfiua/n53/n53a11.pdf>

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 2, 161-164.
- Barrera, M., Teall, T., Barr, R., Silva, M. & Greenberg, M. (2012). Health Related Quality of Life in Adolescent and Young Adult Survivors of Lower Extremity Bone Tumors. *Pediatric Blood Cancer*, 58, 265–273.
- Bautista, L., M. & Zambrano, G., E. (2015). *La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2*. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/9261/9760>
- Bergen, T. (2015). *Bone tumors*. Recuperado de <http://www.healthline.com/health/bone-tumors#TreatmentforMalignantTumors8>
- Buecker, P., Gebhardt, M. & Weber, K. (2015). *Osteosarcoma*. Recuperado de <http://sarcomahelp.org/translate/es-osteosarcoma.html>
- Bustamante, B., López, A., Hernández, S., Beltrán, C., Mora, F., Díaz, F. & Mejía, L. (2012). Frecuencia de tumores óseos benignos en niños. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17, 179-185.
- Casanova, M. C., Trasancos, M., Orraca, O., Prats, O. M. & Gómez, D. B. (2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. *Revista de ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(2), 145-156.
- Casas, P. (2013). *Resultados del tratamiento de sarcomas óseos y de partes blandas en la unidad de tumores músculo-esqueléticos del complejo asistencial universitario de León*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10366/122916>.
- Centers for disease control and prevention. (2011). *Health-related quality of life (HRQOL)*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

- Cortés, R., Castañeda, G. & Tercero, G. (2010). Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma. *Investigación materno infantil*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102c.pdf>
- De Cunto, C. L. (2010). ¿Qué es la calidad de vida relacionada con la salud? ¿Se puede medir?. *Conexión pediátrica*, 3, 1-3.
- Doncel, A. & Majó, J. (2003). *Tumores óseos en atención primaria*. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13046287-S300
- Estwing, C., Johnson, J., Wilbur, J. & Larson. (2005). Conceptual model of health related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Fernández, I., Timón, A., & Méndez, T. (2005). *Breve Manual de Oncología para informadores de la salud*. Recuperado de http://www.cicancer.org/uploads/archivos/manual_oncologia2edicion.pdf
- Fernández, J., Fernández, M., Alarcos, C. (2010). *Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext
- Ferrís, J., Berbel, O., Ortega, J., Claudio-Morales, L., García, J., Martí, V. & Miranda, L. (2005). *Factores de riesgo para los tumores óseos malignos pediátricos*. Recuperado de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S169540330570254X?via=sd&cc=y>
- Firpo, C. (2010). *Manual de ortopedia y traumatología*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.
- Flores, N. (2009). *Intervención psicológica de pacientes programados a cirugía de artrodesis de rodilla*. (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Flores, N., Velázquez, H. & Sánchez-Sosa, J. J. (2014). *Estrés, conducta de afrontamiento y creencias relativas a conducta adaptativa en pacientes con tumores óseos*. Recuperado de http://rmac-mx.org/wp-content/uploads/2014/12/RMAC_40_1_04.pdf
- Futamura, N., Urakawa, H., Tsukushi, S., Arai, E., Ishiguro N. & Nishida, Y. (2016). *Giant cell tumor of bone arising in long bones possibly originates from the metaphyseal region*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4812>
- Galindo, O. (2014). *Efectos de una terapia cognitivo conductual para tratar síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes cáncer testicular*. (Doctorado). Universidad Autónoma de México.
- Gang, H., Yan, W. & Wen-Zhi, B. (2012). Study on the Health-related Quality of Life in Patients after Surgery for Malignant Bone Tumors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 127-130. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.1.127.
- García-Rubio, J., Olivares, P., López-Legarrea, P., Gómez-Campos, R., Cossio-Bolaños, M. & Merellano-Navarro, E. (2015). Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional (IMC) y los niveles de actividad física y condición física en adolescentes chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 4, 1695-1702.
- García-Viniegras, C. R. V. & Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista habanera de ciencias médicas*, 6, 4.
- Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 69-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975008>
- Gil, V. (2007). *Fundamentos de Medicina de Rehabilitación*. Costa Rica: UCR

- González, M. (2007). *Tratado de medicina paliativa*. Madrid, España: Editorial médica panamericana.
- González, R. (2008). *Generalidades sobre tumores óseos*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082d.pdf>
- González-Rodríguez, E. (2010). *Estudio de caso: Efectos de una intervención cognitivo conductual en una paciente con síndrome de Parkes Weber*. (Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- González-Rodríguez, E. (2014). *Evaluación e intervención psicológica en pacientes con tumores óseos: Calidad de vida, ansiedad, depresión y dolor*. (Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Greenspan, A. (2002). *Tumor de huesos y articulaciones*. Madrid, España: Marban
- Haugland, T., Klopstad, A., Hofoss, D. & DeVon, H. A. (2016). Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *BioMed Centra*, 11(14), 1-7.
- Huaroto, L. (2016). *Tumores óseos en general*. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase22.pdf>
- Huvos, A. (1981). *Tumores óseos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Instituto Nacional de Rehabilitación. (2014). *Manual de guías clínicas del servicio de tumores del sistema musculoesquelético*. Recuperado de <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SOR-07.pdf>
- Katschnig, H., Freeman, H. & Sartorius, N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson
- Krishnan, K. & Inwards, C. (2011). *Tumores óseos*. México: Amolca

- Linares, L. M., Rico, G., Domínguez, V. M., Araujo, V., Delgado, E. A. & León S. R. (2014). *Tratamiento y reconstrucción en tumores óseos del humero con prótesis no convencional de tipo RIMAG*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2014/or141b.pdf>
- Llamas, L. F., Tarango, V. M., Fuentes, I. L. & Fajardo, D. (2015). *Tumor de células gigantes del hueso de localización infrecuente*. Recuperado de <http://www.medcutan-ila.org/images%5Cpdf%5CV39N506CasoClinico03.pdf>
- Llanos, J., García, C., Oyanedel, R., Villanueva, E., Otero, J., Fortune, J., Contreras, O. & Solar, A. (2008). *Estudio radiológico simple en el diagnóstico del tumor de células gigantes en población pediátrica. Correlación anatomoradiologica*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rhradiol/v14n2/art04.pdf>
- Llantá, M. C., Grau, J., Bayerre, H. D., Renó, J. S., Machín, S. & Verdecia, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicio de oncohematología de la Habana, 2001-2013. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 15, 2.
- López, B. & Hernández, M. (2015). *Amputación*. Recuperado de https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf
- López, J., García, P., Fernández, J., Calatayud, J., & Clavel, C. (2012). Tratamiento mediante aloinjertos óseos estructurales en resección por tumores óseos de huesos largos. Revisión de 37 casos. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y traumatológica*, 4, 287. doi:10.1016/j.recot.2011.10.004
- Mahiques, A. (2016). *Tumores óseos benignos: generalidades*. Recuperado de http://www.arturomahiques.com/tumores_oseos.htm

- Martin, C. & Mc Carthy, E. (2015). *Giant tumor of the sacrum and spine: series of 23 cases and a review of the literature*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958273/>
- Martínez, R., Hernández, A., Sánchez, J. & García, O. (2013). Tumor de células gigantes en el extremo distal del peroné. Presentación de un caso. *Centro nacional de información de ciencias médicas*, 19, 1-7.
- Medina, E. & Martínez. R. (2009). *Fundamentos de Oncología*. (1ed.). México, D., F.: UNAM
- Mendoza, C., Coutiño, B., Medina, A. & Mora, I. (2001). Programa de rehabilitación pre y posoperatoria para pacientes pediátricos con tumores óseos malignos primarios en extremidades, manejados con cirugía de salvamento. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 13, 44-49.
- Meng-Yao, L., Yi-Long. Y., Li, L., Lie, W., Li, M., Yang, Y. & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health & Quality of life Outcomes*, 141-9.
- Mora, F., Bustamante, B., Mejía, L., Díaz, F., López, A., Beltrán, C. & Hernández, S. (2012). *Frecuencia de tumores óseos*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47324564007>
- Moreno, L., Moreno, E., Ramírez, S., Tecualt, R., Amaya, R. & Morfin, A. (2008). *Tumores Óseos Benignos de Comportamiento Agresivo*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082g.pdf>
- Morrison, V. & Bennett, P. (2007). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Pearson
- National Cancer Institute. (2008). *Bone cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/types/bone/bone-fact-sheet>

- National Library of Medicine. (2016a). *Tumor*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001310.htm>
- National Library of Medicine. (2016b). *Radiation therapy*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001918.htm>
- National Library of Medicine. (2016c). *Bone tumor*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/ency/article/001230.htm>
- Navarro, D. (2011). *Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114e.pdf>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D., F: Thomson
- Olalde, M., Viveros, L. & Milán, J. (2008). Tumores Óseos benignos en Pediatría. *Medigraphic*. 3, 103-110.
- Olvera, S. (2015). *Calidad de vida relacionada con la salud percibida por pacientes con hemofilia de 8 a 12 años y sus padres del Distrito Federal y Estado de México*. (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez, G. (2013). *Funcionalidad de la terapia física en pacientes con lumbalgia aguda y crónica en el servicio de rehabilitación*. (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Puthoor, D. & Lype, W. (2007). *Giant cell tumor: curettage and bone grafting*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989134/>
- Rebollo, P., Fernández-Vega, F. & Ortega, F. (2001). *La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-la-evaluacion-calidad-vida-relacionada-S1889183701712032>

- Rico, G., Linares, L. M., Delgado, E. A., Espejo, G., Cerrada, L. A. & Clara M. A. (2013). *Resultado a largo plazo del tumor de células gigantes mediante resección en bloque y artroplastía no convencional de cadera con artrodesis de rodilla ipsilateral. Presentación de caso clínico y revisión de literatura.* Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2013/or134f.pdf>
- Riveros, A., Castro, C. & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida de pacientes enfermos crónicos y agudos. *Revista latinoamericana de psicología, 41, 2.*
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. & Del Águila, M. (2009). *Manual inventario de calidad de vida y salud.* México: Manual Moderno
- Romero-Márquez, R. S. & Romero-Zepeda, H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 48,1.*
- Salvador-Carulla, A., Cano, A. & Cabo-Soler. (2004). *Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de vida.* España: Editorial medica panamericana
- Sánchez-Torres, L., J. & Santos-Hernández, M. (2012). *El arte de diagnosticar tumores óseos.* Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2012/or1211.pdf>
- Schajowicz, F. (1972). *Histological Typing of Bone Tumours.* Recuperado de [http://apps.who.int/iris/handle/10665/37439.](http://apps.who.int/iris/handle/10665/37439)
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería, 9, 9-21. doi: 10.4067/s0717-95532003000200002*
- Secretaría de salud. (2015). *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad en Mexico 2011.* Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2015/Mortalidad_2011.pdf

- Sepúlveda, V. M. (2008). *Tumores óseos malignos: Diagnóstico de precisión*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2008/ot082h.pdf>
- Seyler, A. (2010). *Intervención psicológica en pacientes con osteosarcoma*. (Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shchelkova, O. Y. & Usmanova, E. B. (2015). Quality of life and relation to disease in patients with bone sarcoma. *Psychology In Russia. State Of The Art*, 8(1), 22-31. doi:10.11621/pir.2015.0103
- Shelley, T. (2007). *Psicología de la salud*. México, D., F: Mc Graw-Hill
- Slevin, M. L., Plant, H. Lynch, D. Drinkwater, J. & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or patient? *British Journal of cancer*, 57, 1.
- Sugarbaker, P. & Malawer, M. (1996). *Cirugía del cáncer musculoesquelético*. Madrid: Mosby/Doyman
- Tecualt, R., Moreno, L. & Amaya, R. (2008). Clasificación de los Tumores Óseos. *Medigraphic*, 4, 96-106.
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). *Calidad de vida: una revisión teórica del concepto*. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Van-Riel, C., Meijer-Van, E., Kemps, H., Feuth, T., Schreuder, H., Hoogerbrugge, P., De Groot, I. & Mavin, A. (2014). Self perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour. *European journal of oncology nursing*. 18, 267-272.
- Velarde-Jurado, E. & Avila-Figuero, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44, 4.

- Weiner, S. & Neugehauer, E. M. (2013). Quality of life of diabetic patients with medical or surgical treatment. *Nutrición Hospitalaria*, 2866-77.
- World Health Organization. (1994). *Quality of life assessment an annotated bibliography*. Geneva: WHO
- Yong-Jian, S., Yan-Jun, H., Dan J., Jian- Wei, L. & Bin, Y. (2012). Health-related Quality of Life After Treatment for Malignant Bone Tumors: A Follow-up Study in China. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3099-3102. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.7.3099
- Yuan, L., Ailing, H., Meifen, Z., Chenggang, S., Xianling, Z & June, Z. (2014). Correlation between functional status and quality of life after surgery in patients with primary malignant bone tumor of the lower extremities. *Pacific Journal of Cancer Prevention*, 33, 163-170. doi: 10.109711

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Nacional Autónoma de México y el Servicio de Tumores Óseos dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación, buscamos la participación consciente e informada de aquellas personas contempladas para ser incluidas dentro del presente estudio, cuyo propósito es conocer aspectos relacionados con la calidad de vida, sintomatología ansiosa, depresiva y de dolor, en pacientes con tumores óseos.

Por lo tanto, se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar. Lo más importante que debe saber es que su participación es completamente voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accede a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin que eso represente un problema y sin ninguna consecuencia como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El procedimiento del estudio consiste en una aplicación única de cuestionarios e inventarios.

Su participación consistirá en responder a los cuestionarios e inventarios y proporcionar algunos datos sociodemográficos, lo cual tiene una duración aproximada de 60 minutos.

Su franqueza al responder y su participación en esta investigación permitirán conocer aspectos importantes de su padecimiento, que contribuirán al desarrollo de intervenciones psicológicas acordes a las necesidades de pacientes como usted, que contribuyan a mejorar la calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán anónimas, los resultados derivados de esta investigación se utilizarán únicamente para propósitos educativos y de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarnos:

Mtra. en Psicología Eva González Rodríguez

Servicio de Tumores Óseos INR

México, D.F.

Tel. 59 99 10 00 ext. 12702 y 16766

Email: evagonzalez69@hotmail.com

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios pertinentes.

Firma Paciente _____ Firma Psic. _____

Fecha: _____

Testigo 1 firma _____

Nombre, dirección y relación con el paciente

Testigo 2 firma _____

Nombre, dirección y relación con el paciente.

ANEXO 2. INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA (InCaViSa)

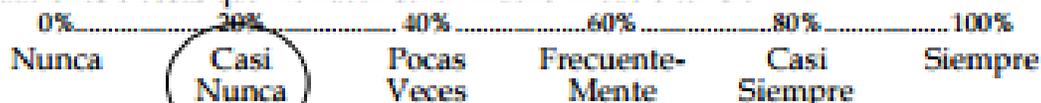


Instrucciones

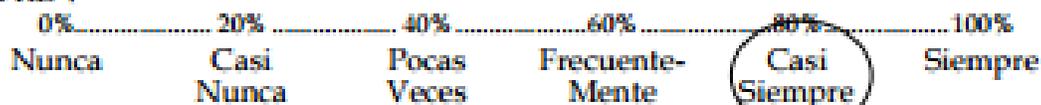
Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

Ejemplo

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



Encerraría en un círculo **"CASI NUNCA"** si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo **"SIEMPRE"**.



Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

enfermedad.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Desempeño físico

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Aislamiento

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%

- | | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente-
Mente | Casi Siempre | Siempre |
|--|---------|------------|-------------|---------------------|--------------|-----------|
| 15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes. | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
| 16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros. | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Percepción corporal

- | | | | | | | |
|--|---------|------------|-------------|---------------------|--------------|-----------|
| 17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a). | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
| 18. Me siento restringido(a) por mi peso. | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
| 19. Me da pena mi cuerpo. | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
| 20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a) | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Funciones cognitivas

- | | | | | | | |
|---|---------|------------|-------------|---------------------|--------------|-----------|
| 21. Se me olvida en dónde puse las cosas. | | | | | | |
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100%..... |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

22. Se me olvidan los nombres.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
24. Tengo problemas con mi memoria.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Actitud ante el tratamiento

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
28. Me siento incómodo(a) con mi médico.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Tiempo Libre.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Vida Cotidiana.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20%..... | 40%..... | 60%..... | 80%..... | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Familia

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

39. Mi familia me comprende y me apoya.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

40. Mi familia cuida mis sentimientos.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Redes Sociales

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.

0%..... 20%..... 40%..... 60%..... 80%..... 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Dependencia Médica.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
48. El responsable de que me cure es el médico.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Relación con el Médico.

49. Disfruto asistir al médico.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
52. Necesito atención médica constantemente.
- 0%.....20%.....40%.....60%.....80%.....100%

Nunca

Casi
Nunca

Pocas
Veces

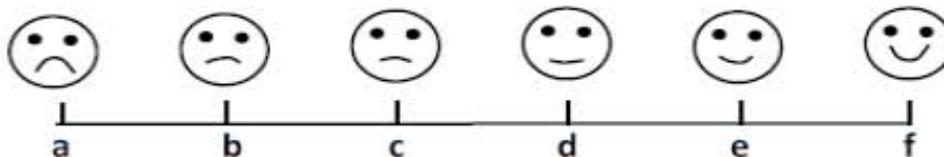
Frecuente-
Mente

Casi
Siempre

Siempre

Bienestar y Salud

53. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La Peor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

La Mejor
calidad de vida
posible

Gracias por su participación y paciencia