



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Niveles de satisfacción con el equipo de salud,
síntomas de ansiedad y depresión en
pacientes mexicanos con cáncer**

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

P R E S E N T A :
JAZMÍN EDITH HERNÁNDEZ MARÍN

DIRECTOR DE TESIS:
DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

REVISORA:
DRA. ROSA PATRICIA ORTEGA ANDEANE

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Dedicado a mis padres, por ser los principales promotores
en la búsqueda y obtención de mis metas de vida.*

*Crecer rodeada de su infinito amor, confianza y apoyo
me ha dado la fortaleza para superar cualquier obstáculo
en el camino. Gracias por darme tanto en una sola vida.*

AGRADECIMIENTOS:

A mis hermanos, por ser mis compañeros de vida que hacen de este camino más divertido.

A Tania Estefanía, por enseñarme a valorar la inocencia y ternura de la vida. Tu recuerdo es una guía que acompaña silenciosamente cada uno de mis pasos y aparece abruptamente para impulsarme cuando el andar se vuelve complicado.

A mis amigos, por ser una fuente de motivación para crecer como persona junto a ustedes.

A Cynthia Paola, por ayudarme a resignificar el concepto de amistad basado en el apoyo, cariño y complicidad que me otorgas día con día. La universidad fue una de las etapas más importantes de mi vida gracias a ti.

A Fernanda Romero, por comprender sin necesidad de explicar cada parte de mí. Como las luciérnagas, pero sin intermitencia.

A Karina Suzán, por brindarme la posibilidad de existir en compañía y transformar momentos cotidianos en inesperadas historias inolvidables.

Mariana Flores, Luis Mendoza y Mónica Ramírez, por ser mis compañeros de aventuras durante el desarrollo de este trabajo y brindarme su amistad más allá del trabajo en equipo.

Al Servicio de Psicooncología INCAN, por formar un equipo de trabajo dispuesto a colaborar en todo momento para el desarrollo de investigación de calidad que posibilita una práctica clínica basada en evidencia.

A mi director de tesis, el *Dr. Oscar Galindo Vázquez*, por integrarme a su trabajo de equipo y comprometerse inigualablemente con mi desarrollo profesional. Su calidad como profesionalista y persona son una fuente de motivación para continuar mi camino en área de investigación en Psicología. “*Si he podido ver más allá que los demás, es porque me he parado en los hombros de un gigante*”.

A la *Dra. Patricia Ortega*, por su gran apoyo durante mi proceso de titulación y asesoramiento constante.

Al *Dr. Abelardo Meneses*, por el creer y apoyar la investigación en Psicooncología desarrollada en el Instituto Nacional de Cancerología.

Al *Dr. Germán Calderillo*, por apoyar este proyecto y tener una perspectiva multidisciplinaria que integra a la Psicología como eje primordial de trabajo.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por forjar mis principios, ideales y pasión por aprender que han sido la base de mí desarrollo profesional y personal.

Gracias al Instituto Nacional de Cancerología, por su la calidad institucional de excelencia que me brindó la posibilidad de desarrollarme en el ámbito de la investigación.

Y un agradecimiento especial a cada paciente que se encuentra librando una lucha contra el cáncer, por llenar mi estancia en el INCan de aprendizajes y experiencias que sensibilizan mi perspectiva profesional.

ÍNDICE

Portada	
Índice	1
Índice de tablas	IV
Índice de figuras	V
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Cáncer	6
Aspectos generales	6
Epidemiología en el mundo	8
Epidemiología en México	10
Estadificación del cáncer	11
Factores de riesgo	12
Tratamiento	14
Capítulo 2. Satisfacción del paciente con el equipo de salud	17
Satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud	21
Satisfacción del paciente con el equipo de salud en México	25
Variables de la Satisfacción del paciente con el equipo de salud.....	26
<i>Relación médico-paciente</i>	26
<i>Relación paciente-enfermería</i>	31
<i>Factores asociados a la satisfacción del paciente con el equipo de salud</i>	32
Instrumentos que miden la satisfacción del paciente con el equipo de salud	35
Capítulo 3. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer	37
Depresión en el paciente oncológico.....	39
<i>Epidemiología</i>	39
<i>Efectos de la depresión en el paciente oncológico</i>	39
Ansiedad en el paciente oncológico	41
<i>Epidemiología</i>	42
<i>Efectos de la ansiedad en el paciente oncológico</i>	42

FASE I. Validación del instrumento FACITS-TS-PS (versión 4) en pacientes oncológicos mexicano	45
Planteamiento del problema y justificación	45
Pregunta de investigación	47
Objetivo general.....	47
Objetivos Específicos	47
Hipótesis.....	48
Variables	49
Muestreo.....	50
Criterios de inclusión y exclusión	50
Tipo de estudio.....	51
Instrumentos	51
Procedimiento y proceso de obtención de consentimiento informado.....	53
<i>Consideraciones éticas</i>	53
<i>Etapa 1. Validación por jueces</i>	53
<i>Etapa 2. Prueba piloto</i>	55
<i>Etapa 3. Validez y confiabilidad del FACIT-TS-PS (versión 4)</i>	57
Análisis estadísticos.....	59
Resultados	60
<i>Estructura factorial</i>	60
<i>Consistencia interna</i>	63
<i>Validez externa por medio de correlaciones con medidas recurrentes</i>	63
Discusión.....	67
Conclusiones	71
Perspectivas futuras	72
Limitaciones.....	72
FASE II. Estudio para identificar los niveles de satisfacción del paciente con el equipo de salud, ansiedad y depresión en las unidades funcionales del instituto nacional de cancerología	74
Planteamiento del problema y justificación	74
Pregunta de investigación	75
Objetivo general	76

Objetivos Específicos	76
Hipótesis	76
Variables	77
Muestreo.....	78
Criterios de inclusión y exclusión	78
Tipo de estudio.....	79
Instrumentos.....	79
Análisis estadísticos.....	80
Resultados	82
<i>Descripción de los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión por unidad funcional</i>	84
<i>Comparación de las variables de estudio entre variables clínicas y sociodemográficas</i>	95
<i>Comparación de las variables de estudio entre unidad funcional</i>	103
Discusión.....	104
Conclusiones	110
Limitaciones.....	113
Perspectiva futura	113
REFERENCIAS.....	114
APÉNDICES	125
Apéndice 1	126
Apéndice 2	127
Apéndice 3	128
Apéndice 4	129
Apéndice 5	130
Apéndice 6	132
Apéndice 7	134
Apéndice 8	136
Apéndice 9	140
Apéndice 10	143

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. <i>Número estimado de casos incidentes, muertes y prevalencia de 5 años, en ambos sexos, a nivel mundial (los 10 sitios principales de cáncer) en 2018 (Globocan, 2018)</i>	8
TABLA 2. <i>Número estimado de casos incidentes, muertes y prevalencia de 5 años, en ambos sexos, en México (los 10 sitios principales de cáncer) en 2018 (GLOBOCAN, 2018)</i>	10
TABLA 3. <i>Estadificación del cáncer (Instituto Nacional del Cáncer)</i>	12
TABLA 4. <i>Instrumentos utilizados en estudios para evaluar la satisfacción del paciente con la atención médica.....</i>	36
TABLA 5. <i>Definición de las variables Fase I</i>	49
TABLA 6. <i>Cambios realizados en la validación por jueces</i>	54
TABLA 7. <i>Descripción de los participantes del piloteo.....</i>	56
TABLA 8. <i>Pasos del análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial ...</i>	59
TABLA 9. <i>Análisis factorial de elementos FACIT-TS-PS (versión 4)</i>	62
TABLA 10. <i>Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana, con INCAVISA y HADS</i>	64
TABLA 11. <i>Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana e INDICAS</i>	65
TABLA 12. <i>Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana e INDICAS mediante prueba Phi</i>	66
TABLA 13. <i>Definición de las variables Fase II.....</i>	77
TABLA 14. <i>Descripción de los participantes</i>	82
TABLA 15. <i>Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes con baja y alta satisfacción con el equipo de salud (N=353). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.....</i>	97
TABLA 16. <i>Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin ansiedad o leve y ansiedad moderada a grave (N=353). Los datos se expresan como</i>	

frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.....99

TABLA 17. *Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin depresión o leve y depresión moderada a grave (N=353). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.....101*

TABLA 18. *Comparación de niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción con el equipo de salud entre unidades funcionales mediante la prueba Kruskal-Wallis103*

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo de Jerarquía de niveles de la satisfacción con la salud20

FIGURA 2. Procedimiento para la validación del instrumento FACIT-TS-PS (versión 4)58

FIGURA 3. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Urología (n=37)87

FIGURA 4. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Urología (n=37)87

FIGURA 5. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Mama (n=101)88

FIGURA 6. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Mama (n=101)88

FIGURA 7. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Gastroenterología (n=31)89

FIGURA 8. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Gastroenterología (n=31)89

FIGURA 9. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Pulmón (n=36)90

FIGURA 10. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Pulmón (n=36)	90
FIGURA 11. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Piel y Partes blandas (n=37)	91
FIGURA 12. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Piel y Partes blandas (n=37)	91
FIGURA 13. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Ginecología (n=48)	92
FIGURA 14. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Ginecología (n=48)	92
FIGURA 15. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Hematología (n=30)	93
FIGURA 16. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Hematología (n=30)	93
FIGURA 17. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Cabeza y Cuello (n=30)	94
FIGURA 18. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Cabeza y Cuello (n=30)	94
FIGURA 19. Porcentaje total de la satisfacción con el equipo de salud en 353 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología	95
FIGURA 20. Porcentajes totales de sintomatología ansiosa y depresiva en 353 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología	95

Resumen

Introducción: El cáncer es una enfermedad de larga duración y de progresión lenta que frecuentemente produce algún grado de sintomatología ansiosa y depresiva, adicionalmente requiere un involucramiento e interacción constante del paciente con el equipo de salud. En este sentido, existen pocos estudios que evalúan mediante instrumentos válidos y confiables la satisfacción del paciente con el equipo de salud en México y en menor medida, con población oncológica, así como la identificación de los niveles de satisfacción, ansiedad y depresión por cada tipo de cáncer. **Objetivo:** Validar el Inventario de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas-Satisfacción con el Tratamiento-Satisfacción del Paciente FACIT-TS-PS (versión 4) en pacientes oncológicos mexicanos y determinar si existen diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con cáncer. **Método:** El presente estudio se llevó a cabo en dos fases: Fase I. Validación del instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) mediante un diseño instrumental y Fase II. Identificación de diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes con cáncer mediante un estudio comparativo. El total de la muestra fue de 353 pacientes oncológicos. **Resultados:** No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción con el equipo de salud entre unidades funcionales. En general, los participantes presentaron algún grado (leve, moderada y grave) de sintomatología depresiva del 72% y sintomatología ansiosa del 88%, adicionalmente se reportó un 46% de moderada satisfacción con el equipo de salud. Mediante análisis bivariados se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio con variables sociodemográficas y clínicas. **Conclusiones:** La versión del FACIT-TS-PS (versión 4) en población oncológica mexicana posee propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la satisfacción del paciente con el personal médico, enfermería y tratamiento. Finalmente, los distintos grados de sintomatología ansiosa y depresiva encontrados en este grupo de pacientes superan a los reportados en población general y oncológica, manteniendo una relación negativa con la percepción que el paciente genera respecto a la atención médica recibida.

Palabras clave: cáncer, satisfacción con el equipo de salud, ansiedad, depresión, validación.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a long duration illness with a slow progression that frequently produces some degree of anxiety and depression symptoms, it additionally requires the involvement and constant interaction of the patient with the medical crew. In this sense, there are few studies that evaluate through valid and reliable instruments the patient's satisfaction with the medical crew in Mexico, and, on a smaller scale, with oncological population, as well as the identification of the levels of satisfaction, anxiety and depression for each type of cancer. **Objective:** To validate the "Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Treatment Satisfaction - Patient Satisfaction FACIT-TS-PS (version 4)" with mexican oncological patients and determine if there are differences in the levels of satisfaction with the medical crew, anxiety symptoms and depression symptoms in a group of patients with cancer. **Method:** The present study took place in two stages: Phase I. Validation of the instrument "FACIT-TS-PS (version 4)" through an instrumental design, and Phase II. Identification of differences in the levels of satisfaction with the medical crew, anxious and depressive symptomatology in a group of patients with cancer through a comparative study. In total, the sample consisted of 353 oncological patients. **Results:** There were no statistically significant differences in the levels of anxiety and depression symptoms and satisfaction with the medical crew between functional units. In general, the participants presented some degree (mild, moderate and severe) of depression symptoms of 72% and anxiety symptoms of 88%. Additionally, there was 46% of moderate satisfaction with the medical crew. Statistically significant relations between the variables of the study and sociodemographic and clinical variables were found through bivariate analysis. **Conclusions:** The version of the FACIT-TS-PS (version 4) in mexican oncological population has adequate psychometric properties that lets evaluate the patient's satisfaction with the medical staff, nursing and treatment. Finally, the different degrees of anxious and depressive symptomatology found in this group of patients exceeds the ones reported in population in general and oncological population, keeping a negative relation with the perception that the patient generates towards the medical attention received.

Key words: cancer, satisfaction with the medical crew, anxiety, depression, instrument validation.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una anomalía que puede tratarse de formas diferentes. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, tal modificación conduce al desarrollo de una clona que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes, con formación de nuevas colonias o propagación metastásica (Herrera & Granados, 2006).

Con el transcurso del tiempo se ha convertido en la más icónica de las patologías humanas debido a su alta prevalencia a nivel mundial y la gravedad de sus implicaciones (Gonzalo, 2013). Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, en México es la tercera causa de muerte y la expectativa de vida de quienes la padecen es de alrededor de 63 años (Secretaría de Salud, 2017).

El desarrollo que ha alcanzado el tratamiento del cáncer conforme el transcurso del tiempo requiere de tecnologías sofisticadas y avances clínicos para tratar de manera eficaz esta enfermedad, pero también del desarrollo multidisciplinario de profesionales de la salud, desde personal médico, enfermería, psicología, odontología, laboratoristas y asistentes técnicos capaces de enfrentar los diversos retos que envuelven a la oncología mediante una atención de calidad y trato digno de los pacientes basados en principios bioéticos.

El paciente, la familia y cada uno de los integrantes de equipo de atención, ven, viven y sienten de cerca que a pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos por conocer más las características del cáncer; orígenes y repercusiones; así como de nuevas terapéuticas oncológicas; también es evidente que se deja de lado la parte humana de toda

relación interpersonal; conllevando a una relación inhumana e insensible; para la integridad: física, social, cultural, psicológica, moral, económica y espiritual entre otras; de cada uno de los participantes (Alvarado, Genovés & Zapata, 2009).

En la actualidad, nos encontramos viviendo un cambio social en la sanidad sin precedentes en la historia de la humanidad, lo que se ve reflejado en pacientes más informados y con unas mayores expectativas con respecto a la sanidad y la salud (Jovell, 2006). Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia, en este sentido, de otros tipos de servicio: satisfacer a sus usuarios (Ros, 2005). La satisfacción del paciente con el equipo de salud es particularmente relevante para el Sector Salud, siendo una medida en que el individuo evalúa distintos aspectos de la atención, además de hacer una evaluación general del evento de atención médica como un todo (Linder & Struening., 1985).

En México aún no se cuenta con una fuente de información sistematizada de las opiniones de la población sobre el cometido, cumplimiento y desempeño de los servicios de salud, por lo que resulta cada vez más importante para los tomadores de decisiones del sector de la salud tener información confiable, oportuna y adecuada sobre la opinión del público acerca de los servicios que se ofrecen (Ortiz et al., 2003).

En la Fase I del presente estudio se identificaron las propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente FACIT-TS-PS (versión 4) (Peipert et al., 2014), tomando en cuenta aspectos metodológicos y estadísticos de validación psicométrica (Carretero & Pérez, 2005; Koller et al., 2007) y obteniendo de

esta manera, un instrumento válido y confiable capaz de medir la satisfacción del paciente oncológico mexicano con el equipo de salud, abarcando tres de los principales grupos de atención médica institucional.

Adicionalmente, el diagnóstico y trascurso del cáncer frecuentemente se relaciona con la presencia de malestar emocional (Maté, Hollenstein & Gil, 2004), entre un 30% y un 50% de los pacientes presentan alguna alteración psicológica que amerita tratamiento (Murillo & Pedraza, 2006). Dentro de estas alteraciones, tienen gran prevalencia diversos grados de sintomatología ansiosa y depresiva (Ballenger et al., 2001; Hernández et al., 2012; Maté et al., 2004), amplificando en la mayoría de los casos, los síntomas físicos causados por la misma enfermedad o por el tratamiento (Blasco et al., 2000; Garrido, 2013; Spiegel et al. 2003) y manteniendo una relación con peores resultados clínicos (Rodríguez et al., 2011).

Por lo que en la Fase II de la investigación, se identificaron los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva del paciente oncológico pertenecientes al Instituto Nacional de Cancerología, organismo descentralizado de tercer nivel dependiente de la Secretaría de Salud, para tener un panorama general de la prevalencia de afectaciones psicológicas, así como conocer la percepción del paciente con la atención médica brindada.

Capítulo 1. Cáncer

Aspectos generales

Durante las últimas décadas, la mayor parte de los países de América Latina, incluido México, se encuentra en una compleja transición epidemiológica caracterizada por la disminución de enfermedades infecciosas y un aumento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas (Frenk et al., 1991). Las enfermedades crónicas como el cáncer son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de género femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, 2018).

Según el Instituto Nacional de Cáncer (NCI), las células cancerosas difieren de las células normales de muchas maneras que les permiten crecer sin control y se vuelven invasivas. Dentro de estas diferencias se encuentran:

- Son menos especializadas que las células normales. Esto quiere decir que, mientras las células normales maduran en tipos celulares muy distintos con funciones específicas, las células cancerosas no lo hacen.
- Pueden ignorar las señales que normalmente dicen a las células que dejen de dividirse o que empiecen un proceso que se conoce como muerte celular programada, o apoptosis, el cual usa el cuerpo para deshacerse de las células que no son necesarias.
- Pueden tener la capacidad para influir en las células normales, en las moléculas y en los vasos sanguíneos que rodean y alimentan las células de un tumor.

- Son capaces de evadir el sistema inmunitario, una red de órganos, tejidos y células especializadas que protege al cuerpo contra infecciones y otras enfermedades.
- Pueden usar el sistema inmunitario para seguir vivas y crecer.

Cortinas (2013), afirma que se han descrito más de cien formas distintas de cáncer de acuerdo con el órgano o tejido en el que se originan y el tipo de célula a partir del cual se forman:

- Carcinomas, son los más frecuentes que constituyen cerca del 90% de los cánceres, y que se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo. Por lo general éstos son tumores que ocurren a edad avanzada y cuya frecuencia puede incrementarse hasta mil veces entre los veinte y los sesenta años de edad. Entre ellos, los más comunes son los que afectan al pulmón, al intestino grueso, a las mamas y al cuello uterino.
- Las leucemias y linfomas se producen a partir de las células formadoras de la sangre que residen en la médula ósea y en los tejidos linfáticos y, aunque son menos frecuentes que los carcinomas, causan un mayor impacto moral, social y económico pues afectan a niños y jóvenes reduciendo su esperanza de vida y productividad.
- Los sarcomas son los más raros y se originan en las estructuras de soporte como el tejido fibroso, así como en los vasos sanguíneos.

Epidemiología en el mundo

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En el 2018 se registraron 18 millones de casos nuevos, 9 millones de muertes y 44 millones de personas viviendo con cáncer (dentro de los 5 años de su diagnóstico) (GLOBOCAN, 2018).

Las proyecciones basadas en las estimaciones de GLOBOCAN 2018 sugieren que para el 2030 existirá un aumento sustancial de 24 millones de nuevos casos de cáncer por año y 13 millones de personas morirán por esta causa, en razón del crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población mundial y los estilos de vida poco saludables.

Tabla 1. . Número estimado de casos incidentes, muertes y prevalencia de 5 años, en ambos sexos, a nivel mundial (los 10 sitios principales de cáncer) en 2018 (GLOBOCAN, 2018).

Cáncer	Casos	Muertes	Prevalencia de 5 años
Pulmón	2 093 876	1 761 007	2 129 964
Mama	2 088 849	626 679	6 875 099
Colon y recto	1 849 518	880 792	4 789 635
Próstata	1 276 106	358 989	3 724 658
Estómago	1 033 701	782 685	1 589 752
Hígado	841 080	781 631	675 210
Esófago	572 034	508 585	547 104
Cervicouterino	569 847	311 365	1 474 265
Tiroides	567 233	41 071	1 997 846
Vejiga	549 393	199 922	1 648 482

De acuerdo al estudio de la carga mundial de la enfermedad 2010, el cáncer contribuye con un 7,6% de los Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVADs) a nivel mundial. Al evaluar las neoplasias en conjunto se pueden diferenciar cuatro causas, de las cuales cada una contribuye con 15 millones de AVADs: cáncer de pulmón y tráquea (1,8%), cáncer de hígado (0,8%), cáncer gástrico (0,8%) y el resto de las neoplasias (1,3%) (Murray et al., 2012).

Existen diferencias sustanciales en la frecuencia relativa de tumores malignos según la región estudiada. Esta diferencia se hace más evidente al ajustar por el nivel de desarrollo y los recursos económicos de los diferentes países. Estas diferencias están asociadas al acceso y la calidad de los servicios de salud, a la educación de la población para la detección temprana y al cambio de hábitos para disminuir la exposición a agentes potencialmente carcinógenos (Mohar et al., 1997).

En los países con Índice de Desarrollo Humano (IDH) muy alto los cánceres de pulmón, de mama, de próstata y colorectal, representan el 46% del total de la carga por cáncer, mientras que en los países con IDH bajo, el sarcoma de Kaposi, el cáncer cervicouterino, el cáncer hepático, el cáncer gástrico y el de esófago dan cuenta del 43% de la carga de enfermedad por cáncer (Soerjomataram et al., 2012). Según la OMS, cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.

Epidemiología en México

En México el cáncer es la tercera causa de muerte, fallecen por esta enfermedad 14 de cada 100 mexicanos y la expectativa de vida de quienes la padecen es de alrededor de 63 años (Secretaría de Salud, 2017). Las mejoras continuas en la prevención, diagnóstico y el tratamiento del cáncer han funcionado para mejorar la supervivencia (Roy-Byrne et al., 2008).

De acuerdo a GLOBOCAN (2018), en México existen un total de 131 millones de personas habitando, de las cuales en el 2018 se registraron 190 mil de casos nuevos, 83 mil de muertes y 471 mil de personas viviendo con cáncer (dentro de los 5 años de su diagnóstico).

Tabla 2. Número estimado de casos incidentes, muertes y prevalencia de 5 años, en ambos sexos, en México (los 10 sitios principales de cáncer) en 2018 (GLOBOCAN, 2018).

Cáncer	Nuevos casos	Muertes	Prevalencia de 5 años
Mama	27 283	6 884	83 287
Próstata	25 049	6 915	55 565
Tiroides	12 122	881	42 005
Colon	10 457	5 700	24 940
Cáncer de piel no melanoma	8 501	1 167	27 377
Cervicouterino	7 869	4 121	22 769
Pulmón	7 811	6 733	7 328
Estómago	7 546	6 034	10 298
Útero	7 266	1 128	21 940
Hígado	7 265	6 868	5 434

Estadificación del cáncer

De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (NCI), la estadificación del cáncer refiere a la determinación de su fase según su ubicación, el tipo de células, tamaño del tumor, diseminación a ganglios u otros órganos, del aspecto de las células anormales y la probabilidad de crecimiento y diseminación del tumor. La principal motivación para tener un sistema unificado y mundial de estadificación del cáncer es asegurar que todos los que atienden a pacientes oncológicos utilicen un lenguaje común y, en el caso del sistema de estadificación TNM, mantener un diálogo en el manejo de tumores sólidos que será comprendido por clínicos en todas las especialidades (Greene & Sobin, 2002).

El sistema TNM es el sistema de estadificación de cáncer de mayor uso en hospitales y centros médicos. De acuerdo a este sistema:

- La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal. El tumor principal se llama de ordinario el tumor primario.
- La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- La M se refiere a si el cáncer se ha convertido en metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.

Es una forma detallada de describir el cáncer, sin embargo, estas combinaciones se agrupan en cinco estadios menos detallados:

Tabla 3. *Estadificación del cáncer (Instituto Nacional del Cáncer).*

Estadio	Lo que significa
Estadio 0	Hay células anormales presentes pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
Estadio I, Estadio II y Estadio III	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

Factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (2019) define a un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Un factor de riesgo aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cáncer. Incluyen la exposición a productos químicos o a otras sustancias, así como algunos comportamientos (modificables). También incluyen cosas que la gente no puede controlar, como la edad y los antecedentes familiares (no modificables) (NCI, 2015).

Dentro de los factores de riesgo no modificables se encuentran los biológicos (sexo, raza o grupo étnico, edad) y los genéticos (relacionados con mutaciones génicas

específicas que se heredan de los padres), resultan inevitables y es importante que se conozcan para poder realizar exámenes de detección precoz (Pérez, Betancourt & Fernández, 2016).

El envejecimiento es un factor biológico fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad (OMS, 2018).

Los factores relacionados con la conducta (fumar, beber alcohol, exponerse a las radiaciones ultravioleta, usar camas de bronceado, comer alimentos poco saludables, tener exceso de peso, sedentarismo y estrés) son factores de riesgo modificables a través de acciones de educación y promoción de salud, que contribuyan a cambiar las elecciones personales que se realizan sobre la manera en que se vive (Pérez et al., 2016).

Específicamente, la detección del virus de papiloma humano (HPV) ha sido un elemento determinante en el conocimiento del cáncer de cuello uterino, actualmente eje de la prevención de dicha patología que es considerada epidémica en países subdesarrollados y con elevadísimas tasas de morbi-mortalidad en la población joven (Chacón, 2009).

De acuerdo a la OMS (2018), alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

El Director General del Instituto Nacional de Cancerología, Abelardo Meneses García (Secretaría de Salud, 2017) informó que el 30% de los diferentes tipos de cáncer que presentan los mexicanos, se deben al estilo de vida, tales como: tabaquismo, alcohol, sedentarismo, consumo de alimentos calóricos, bebidas azucaradas y falta de ejercicio.

Tratamiento

En la década del siglo XX es cuando el cáncer empieza a tener algún tipo de trascendencia desde el punto de vista terapéutico, a causa del descubrimiento de la aplicación de radiaciones como método efectivo para solucionar algunos tipos de neoplasias (Vallejos, 2005).

Cada tipo de cáncer responde al tratamiento de manera diferente, algunos tipos de cáncer se tratan mejor con cirugía y otros responden mejor a los medicamentos. A menudo se administran dos o más tratamientos para obtener los mejores resultados (ACS, 2018). Cuando el tumor está localizado y es de pequeño tamaño, es probable que la cirugía, y a veces la radioterapia, alcancen muy buenos resultados por sí solas. La quimioterapia por sí sola puede ser eficaz para un pequeño número de tipos de cáncer, como las neoplasias hematológicas, que por lo general puede considerarse que están extendidas desde el principio (OMS, 2019).

La cirugía es el tratamiento primario de elección para el cáncer resecable¹ de mama, pulmón, esófago, tiroides, estómago, hígado, páncreas, colon, recto, piel, incluido melanoma, cuerpo uterino, cuello del útero y sarcomas, entre muchos otros. La resección quirúrgica tiene ventajas sobre otros métodos. Representa una forma expedita y eficaz de

¹ Que se puede extraer por medio de cirugía.

² Cáncer que recidivó (volvió), habitualmente después de un período durante el cual el cáncer no se pudo

tratamiento; permite estudiar la pieza quirúrgica y obtener información pronóstica que suele traducirse en indicación de tratamiento complementario (García et al., 2016).

A pesar de los avances en campos como la radioterapia, quimioterapia y terapias biológicas, la mayoría de los pacientes que sanan es por medio de la cirugía. Se estima que la resección produce 62% de las curaciones, la radioterapia 25% y la quimioterapia 4%, mientras que la combinación de tratamientos agrega 9 por ciento (Herrera y Granados, 2006).

El 60% de los pacientes con cáncer requieren radioterapia como tratamiento. La radioterapia antitumoral consiste en la administración de radiación ionizante en un volumen del cuerpo para erradicar o despoblar células tumorales, sin sobrepasar los límites tolerables para los tejidos normales. El objetivo de la radioterapia se basa en un aumento del control local del tumor (es decir, evitar que se produzca una recidiva² del tumor una vez ha sido eliminado), y en consecuencia, conseguir un aumento de la supervivencia. Los tratamientos de radioterapia son muy precisos y conformados, esto quiere decir que van dirigidos a la zona que se desea tratar, con el objetivo de poder dar la máxima dosis posible y causar el mínimo daño a los órganos críticos cercanos (Potau et al., 2016).

La radioterapia se usa como tratamiento adyuvante³ y neoadyuvante⁴ de la cirugía, radioterapia post y preoperatoria respectivamente y de igual forma con la quimioterapia.

Además la radioterapia en algunos casos se emplea simultáneamente con la

² Cáncer que recidivó (volvió), habitualmente después de un período durante el cual el cáncer no se pudo detectar. El cáncer puede volver al mismo lugar del tumor original (primario) o a otra parte del cuerpo. También se llama cáncer recidivante.

³ Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva.

⁴ Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía. Es un tipo de terapia de inducción.

quimioterapia, en forma concomitante, sensibilizando las células tumorales al efecto de la radiación, potenciando su eliminación. La radioterapia se utiliza en los cuidados paliativos para calmar el dolor y otros síntomas que pueden alterar la calidad de vida de los pacientes (Pelayo, 2013).

La hormonoterapia se basa en utilizar medicamentos que interfieren con la producción de hormonas o con su mecanismo de acción. El objetivo es disminuir la velocidad de crecimiento de algunos tumores hormono-dependientes, como el cáncer de mama y el de endometrio en la mujer, o el de próstata en el varón. Entre los fármacos se encuentran los denominados “antiestrógenos” como el tamoxifen, y los “antiandrógenos” como el acetato de ciproterona (Garza & Juárez, 2013).

Las terapias dirigidas contra el cáncer son fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y la diseminación del cáncer al interferir en moléculas específicas que participan en el crecimiento, el avance y la diseminación del cáncer (NCI, 2018). El desarrollo e introducción de terapias dirigidas ha logrado mejorar la efectividad antitumoral de las terapias y disminuir los efectos secundarios respecto de las terapias tradicionales (Sánchez, 2013).

Capítulo 2. Satisfacción del paciente con el equipo de salud

La satisfacción del paciente con el equipo de salud se define como la medida en que las experiencias de atención médica de un individuo coinciden con sus expectativas (Bredart, et al., 2005). Es una variable multidimensional en la cual el individuo evalúa distintos aspectos de la atención, además de hacer una evaluación general del evento de atención médica como un todo (Linder & Struening., 1985).

Se debe saber qué quiere decir la gente cuando dicen que están "satisfechos" con un aspecto particular de un servicio; además, para realizar cambios relevantes en la prestación del servicio, se necesita saber por qué creen lo que hacen y cómo llegaron a esa opinión (Williams, 1994). En este sentido, la valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria (Armando, Uema & Solá, 2005), ya que es vista como una medida más del resultado de las intervenciones sanitarias (Mira et al., 2001).

Un hospital o unidad médica que pretenda alcanzar niveles elevados de excelencia debe considerar fundamental tener un buen conocimiento de las opiniones de sus derechohabientes (Guzmán et al., 2006). La evaluación de la satisfacción en los usuarios se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo se encuentra y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas los pacientes (Massip et al., 2008).

La satisfacción del paciente incluye inquietudes del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento, cuestiones de accesibilidad del tratamiento y carga financiera para el paciente, comunicación con los proveedores de atención médica, acceso a los servicios, satisfacción con las explicaciones del tratamiento y confianza en su médico (Peipert et al., 2014).

La satisfacción se ha relacionado con la cantidad de información comunicada al paciente sobre el régimen de tratamiento, (Gabbard-Alley, 1995) así como la claridad de la comunicación (Lochman, 1983).

Entre los probables determinantes de la(s) satisfacción(es) de un individuo con un evento de atención médica están sus percepciones y actitudes previas al evento. Las actitudes previas son los valores que un individuo atribuye a los diferentes aspectos del evento. Las percepciones previas incluyen creencias acerca de a qué tiene derecho el paciente y las expectativas del próximo evento de atención médica (Linder, 1982).

Hall & Dornan (1990) mediante un meta análisis identificaron que dentro de las características sociodemográficas asociadas significativamente a presentar mayor satisfacción del paciente con la atención médica se encontraban tener mayor edad y menor educación.

Adicionalmente, la satisfacción del paciente ha sido relacionada con la presencia de ansiedad y depresión. De acuerdo a la investigación de Wyshak y Barsky (1995) la presencia de depresión en pacientes se correlacionó negativamente con la satisfacción con la atención médica ($r = -0.42$, $p = 0.0001$) y la ansiedad se correlacionó negativamente con la efectividad percibida de la atención ($r = -0.41$, $p = 0.003$). Por lo que concluyeron que la presencia de un trastorno psiquiátrico puede ser un determinante importante de la satisfacción del paciente con la atención médica.

La satisfacción del paciente puede servir como una medida de resultado de la calidad de la atención médica y proporciona una perspectiva del consumidor que puede contribuir a una evaluación completa y equilibrada de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios. También es predictiva de comportamientos relacionados con la

salud como los proveedores de cumplimiento y cambio, y se relaciona con la mejoría auto reportada en la salud (Pascoe, 1983).

Los estudios de satisfacción del paciente se pueden utilizar para tres propósitos relacionados pero distintos (Locker & Dunt, 1978):

(1) Evaluaciones de la calidad de la atención

(2) Variables de resultado del tratamiento

(3) Indicadores de qué aspectos de un servicio se deben cambiar para mejorar la respuesta del paciente.

Shikiar y Rentz (2004) propusieron una jerarquía de satisfacción del paciente de tres niveles: (1) satisfacción con la entrega de atención médica; incluidos problemas de accesibilidad, comunicación médico-paciente, calidad de las instalaciones, (2) satisfacción con el tratamiento; incluida la medicación y otros aspectos de tratamiento, por ejemplo, recomendaciones dietéticas y de ejercicio, y (3) satisfacción con el medicamento en sí mismo (Ver figura 1).

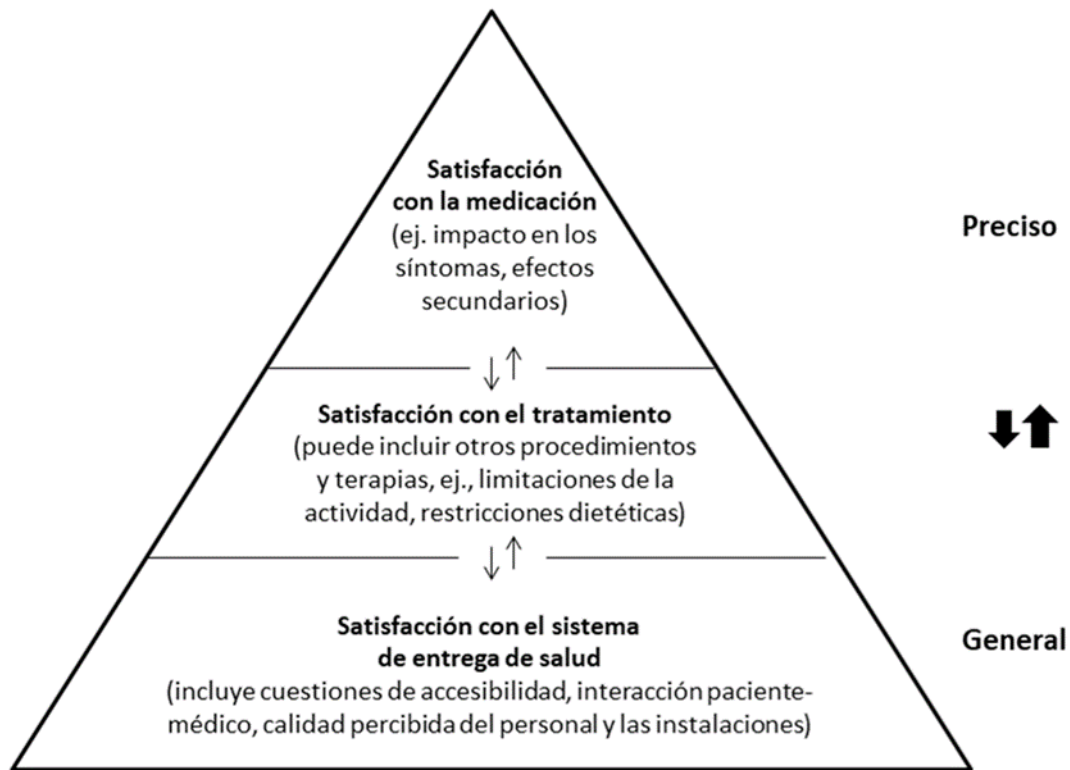


Figura 1. Modelo de Jerarquía de niveles de la satisfacción con la salud

Cualquier nivel de la satisfacción puede impactar los otros niveles, desde lo más general (satisfacción con el sistema de entrega de salud), pasando por el nivel intermedio (satisfacción con el tratamiento), hasta lo más preciso (satisfacción con la medicación). Por ejemplo, recetar un medicamento que el paciente cree que es menos eficaz debido a que el medicamento preferido no está en el formulario puede tener un impacto negativo en el sistema de administración de la salud. De manera similar, la comunicación de un médico con el paciente influye en la satisfacción del paciente con el plan de salud, así como con la medicación (Shikiar & Rentz, 2004).

Los hallazgos sugieren que los pacientes satisfechos con su atención médica son más adherentes a los regímenes y procedimientos de tratamiento, incluido el mantenimiento de las citas programadas y el uso adecuado de los medicamentos (Bui, 2005).

Satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud

El tema de la satisfacción del paciente es particularmente notable en el campo de la atención del cáncer, lo que refleja los muchos problemas con los que se enfrentan el paciente y su familia, incluida la posibilidad de muerte (Oberst, 1984). Locker y Dunt (1978) sugirieron que bajo tales circunstancias, la evaluación de la calidad de la atención puede ser sinónimo de calidad de vida y que la satisfacción con la atención puede ser un componente importante de la satisfacción general con la vida.

La primera visita de un paciente con cáncer a un oncólogo suele ir acompañada de ansiedad, incredulidad y emociones intensas que pueden reducir la capacidad del paciente para escuchar lo que el médico está diciendo. Si los pacientes malinterpretan u olvidan información importante, tanto su atención médica como su relación con su médico pueden tener alguna repercusión (Ferri, Bowles & Michael, 2001).

Los pacientes con cáncer tienen un alto riesgo de sufrir una variedad de trastornos emocionales, tales como: ansiedad, estrés traumático y depresión, consecuencia de un diagnóstico positivo, tratamiento y posible pronóstico. El estrés del paciente se puede amplificar por largos períodos de espera, falta de información y mala comunicación entre el personal de la clínica. Dimensiones que conforman la satisfacción del paciente oncológico con la atención médica (Lis, Rodeghier & Gupta, 2009).

En este contexto, un estudio realizado con 538 pacientes evaluó los diferentes determinantes de la satisfacción del paciente oncológico, encontrando la fatiga como factor significativamente predictivo de la satisfacción, siendo este síntoma el más frecuente en pacientes con cáncer, con un 60-96% de prevalencia en pacientes que se someten a un tratamiento. El aumento de la fatiga puede llevar a una menor capacidad para tolerar los problemas normales que surgen durante la atención, como la carga del papeleo durante el registro, el tiempo de espera para las citas o los procedimientos que son largos y la falta de concentración y atención al interactuar con el personal médico (Lis et al., 2009).

Un estudio realizado en Suecia por Essen et al. (2002) en 85 pacientes oncológicos encontraron que las puntuaciones más altas de satisfacción de los pacientes se obtuvieron para la satisfacción general y para las enfermeras y las habilidades técnicas de los médicos. La satisfacción más baja se expresó para las habilidades interpersonales de los médicos, las habilidades de comunicación de las enfermeras y la organización de atención. Los pacientes que presentaron un nivel de ansiedad clínicamente relevante estaban menos satisfechos con varios aspectos de la atención que los que informaron menor ansiedad.

Von Gruenigen et al. (2006) encontraron mediante un estudio de cohorte prospectivo de 39 pacientes con neoplasias ginecológicas recurrentes que recibieron quimioterapia que la evaluación de la atención del paciente está más relacionada con los aspectos interpersonales de la relación del proveedor de atención médica, médicos y enfermería ($p < 0.05$), que con los síntomas físicos.

Otro estudio realizado en 91 pacientes tratados en una unidad quirúrgica con trastornos gástricos y esofágicos encontró las puntuaciones más altas para la satisfacción con la atención en el personal médico ($\bar{x}=72$) y personal de enfermería ($\bar{x}= 67$). El análisis univariable mostró que todas las dimensiones de la satisfacción con la atención contribuyeron significativamente a la satisfacción general ($p < 0.001$). Las puntuaciones más bajas se informaron para el acceso al hospital, la comodidad y limpieza (Kavadas et al., 2004).

Una encuesta nacional realizada en 55,674 pacientes con cáncer de mama, colorrectal, pulmón y próstata encontró que la insatisfacción con la atención médica era mayor en pacientes jóvenes y mujeres ($p < 0,001$). Los pacientes con cáncer de mama y pulmón tienden a mayor satisfacción que los pacientes con cáncer colorrectal, mientras que los pacientes con cáncer de próstata tienden a presentar mayor insatisfacción con la atención (Sherlaw-Johnson, Datta & McCarthy, 2008).

De acuerdo a Kleeberg et al (2005) mediante un estudio realizado con una muestra aleatoria de 3,384 pacientes con cáncer encontraron altos niveles de satisfacción con la atención médica, pero muchas áreas de mejora, como la toma de decisiones compartida, la relación médico-paciente y la organización de la atención. La relación paciente-médico, el entorno de la instalación y la información sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento fueron determinantes importantes de la disposición de un paciente a recomendar el hospital a un amigo o familiar, si fuera necesario.

Un estudio que evaluó las percepciones de 232 pacientes ambulatorios con cáncer mediante una encuesta identificó una gran importancia en aspectos como la calidad técnica de la atención médica, las habilidades interpersonales y de comunicación de los

médicos (entre el 84% y el 96%) y la accesibilidad de la atención. La mayoría de los pacientes estaban satisfechos con las oportunidades brindadas para discutir sus necesidades con los médicos, el apoyo interpersonal de los médicos y la competencia técnica de los médicos. Sin embargo, pocos pacientes se mostraron satisfechos con la provisión de información relacionada con su enfermedad, tratamiento, control de los síntomas y la provisión de cuidados en el hogar. (Wiggers et al., 1990).

Mediante un estudio realizado con una muestra por conveniencia en 96 pacientes de un centro ambulatorio de oncología se encontraron calificaciones generales altas de satisfacción, pero la percepción de los pacientes del tiempo de espera y la falta de preguntas sobre sus medicamentos por parte del farmacéutico se identificaron como dos áreas que necesitan mejoría (Gourdji, McVey, & Loiselle, 2003).

En Reino Unido se realizó un estudio para medir los niveles de satisfacción en pacientes que reciben cuidados del personal de enfermería al recibir quimioterapia, señalando que el 97% de los pacientes se mostraron contentos con los cuidados ofrecidos por el personal. Los niveles más bajos fueron asociados con la información dada al paciente en general; información sobre los efectos secundarios fue el área de mayor insatisfacción con los cuidados de enfermería, 1 de cada 4 pacientes expresaron insatisfacción con la información dada por el médico en el diagnóstico. El ambiente donde se da el tratamiento también aparece como un área de insatisfacción para una minoría de pacientes. Concluyendo que los pacientes son fuertemente influidos por la forma interpersonal de ser del personal de enfermería, y que los pacientes que reciben quimioterapia de forma ambulatoria lo que más desean es tener soporte emocional y práctico (Sitzia & Wood, 1998).

Gupta, Rodeghier & Lis (2014) mediante muestra aleatoria de 1,521 pacientes oncológicos encontraron que un total de 1,106 (72.7%) pacientes estaban completamente satisfechos con la calidad general del servicio, mientras que 415 (27.3%) no lo estaban. En el análisis univariado, los pacientes completamente satisfechos tuvieron un riesgo significativamente menor de mortalidad en comparación con los no satisfechos (HR = 0,62; IC del 95%: 0,50 a 0,76; p <0,001). En el análisis multivariado, los pacientes completamente satisfechos demostraron una mortalidad significativamente menor (HR = 0.71; IC del 95%: 0.57 a 0.87; p = 0.001) en comparación con los que no estaban completamente satisfechos. Por lo cual, la satisfacción del paciente con la calidad del servicio fue un factor predictivo independiente de la supervivencia en este grupo de pacientes cáncer de mama, encontrando la misma conclusión para pacientes con cáncer de pulmón (Gupta et al., 2013).

Satisfacción del paciente con el equipo de salud en México

Uno de los primeros estudios de tipo poblacional en México que recaba información específica y detallada de alcance nacional sobre la satisfacción de los usuarios en relación con los servicios de salud, mediante la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, encontró que el 81.2% de las personas entrevistadas percibió que la atención recibida fue buena y 18.8%, que fue mala. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención en 45% de los casos (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico); por el impacto o el resultado en su salud con 21%; por las características de la estructura física, humana y organizacional con 18%, y por condiciones relativas a la accesibilidad con 16%. Los motivos que definen la mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera

(24%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%) (Ramírez et al., 1998).

Un estudio realizado con 476 pacientes con cáncer: 314 con cáncer de mama, 92 con linfoma no Hodgkin y 70 con cáncer colorrectal, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) encontró que la satisfacción no mostró asociación con las variables del proceso de atención, pero sí, con la EC, el estado marital, el nivel de escolaridad y la presencia de comorbilidades (Sat-Muñoz et al., 2011).

Variables de la Satisfacción del paciente con el equipo de salud

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es una relación humana que, si bien posee un decisivo elemento profesional, trasciende, por su carácter, los aspectos meramente técnicos: no es la relación que se establece con un proveedor de servicios profesionales especializados, al menos, no debería serlo. En ella, se juega la dignidad de cada uno, se desarrolla en la esperanza de curar y ser curado, por lo que exige, además del imprescindible conocimiento y las habilidades y destrezas técnicas, empatía, confianza, compasión y sensibilidad (CONAMED, 2013).

Ciertos aspectos de la comunicación médico-paciente parecen tener una influencia en el comportamiento de los pacientes y bienestar, por ejemplo, satisfacción con la atención, adherencia al tratamiento, recuerdo y comprensión de información médica, hacer frente a la enfermedad, calidad de la vida, e incluso el estado de salud (Ong et al, 1995).

Según Stewart (1995), la comunicación efectiva ejerce una influencia positiva no solo en la salud emocional del paciente sino también en la resolución de los síntomas, el estado funcional y fisiológico y el control del dolor. Adicionalmente menciona que los pacientes deben participar en la toma de decisiones cuando se formula un plan para la administración. Se les debe alentar a hacer preguntas y recibir información verbal clara complementada, cuando sea posible, con apoyo emocional y paquetes de información escritos.

De acuerdo a Travado et al. (2005) una buena comunicación centrada en el paciente tiene resultados positivos sobre diferentes aspectos de su salud, como la conformidad con el tratamiento médico, la resolución de síntomas, el control del dolor y el ajuste a la enfermedad. Además, aunque la satisfacción de los pacientes con cáncer se ve influida por numerosas variables sin lugar a dudas, las habilidades comunicativas de los médicos la aumentan.

Los resultados inmediatos de una consulta exitosa son el compromiso del paciente con el plan de tratamiento, satisfacción del paciente, el cambio en el nivel de preocupación y la comprensión y el recuerdo de las instrucciones de tratamiento. En los resultados positivos intermedios se encuentran la adhesión al plan de tratamiento y los regímenes médicos; en tanto los resultados a largo plazo incluyen, entre otras cosas, el cambio en el estado de salud y su percepción (Sihvonen et al., 1989).

Según Jiang (2017), cuando los médicos brindan información de salud útil y responden a las emociones de los pacientes, los pacientes tendrían una mayor sensación de control y esperanza, lo que lleva a una mejor calidad de vida y una mejor supervivencia.

De acuerdo a Sihvonen y sus colaboradores (1989) existen varias investigaciones que señalan una serie de habilidades de comunicación específicas que son importantes para el logro de los objetivos de la atención, tales como; estímulos reforzantes verbales y no verbales, reflexionar y hacer preguntas. El estímulo del paciente para la comunicación libre y abierta se hace evidente a través de la escucha entusiasta, expresiones y gestos positivos, y mediante preguntas aclaratorias y alentando al paciente a continuar; en tanto que reflexionar significa que el proveedor de salud traduce el mensaje del paciente a una forma más generalizable y lo evalúa. Esto también ayuda al paciente a entender más claramente. Aspectos que afectan la relación médico paciente como a falta de intercambio de información, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica.

En sentido contrario, una mala relación con el equipo de salud, puede repercutir en la calidad de la atención percibida por los usuarios de los servicios de salud. En este contexto, las razones más frecuentes de las quejas de los pacientes con respecto a la atención médica han sido la falta de interés y las habilidades de comunicación insuficientes del equipo de salud (Macleod, 1984). Así como las creencias sobre la conducta del médico juegan un papel importante en la evaluación posterior a su conducta, independientemente de lo que realmente hizo o se percibió que hizo (Linder, 1982).

Factores determinantes como el sociocultural, habilidades deficientes de comunicación de los médicos, tecnicismos, médicos que no escuchan las quejas de los pacientes, y un desajuste entre los objetivos de los médicos y las expectativas de los pacientes han creado una gran brecha la relación médico-paciente. Todos estos factores

han causado un impacto masivo en el nivel de confianza y el patrón de vinculación entre el médico y sus pacientes (Shrivastava et al., 2014).

Los oncólogos deben proporcionar información sobre el diagnóstico, la necesidad de tratamientos con importantes efectos secundarios y el pronóstico, incierto en muchos casos, en el contexto de una importante carga emocional por parte del paciente y familiares (Sánchez et al., 2005).

Un estudio con 256 pacientes oncológicos exploró el grado en el que los pacientes prefieren informarse y participar en su atención médica, encontrando tendencias de edad significativas: cuanto más jóvenes eran los pacientes, más estrechamente se ajustaban al estándar de conducta del paciente bien informado; cuanto más viejos eran los pacientes, más probabilidades tenían de preferir el papel no participativo del paciente. La mayoría de los pacientes en cada grupo de edad mostraron altos niveles de esperanza, preferencias por la comunicación abierta sobre su enfermedad y el deseo de obtener la máxima cantidad de información. (Cassileth, 1980). En este sentido, los pacientes oncológicos no sólo desean información sobre los aspectos médicos y fisiológicos de su enfermedad, sino también sobre el impacto psicológico y social esperado (Rosiles & Munguía, 2005).

De acuerdo a Navarro (2010) se observa que los pacientes dan más importancia, en general, a los aspectos relacionados con la competencia del médico y la información sobre la enfermedad y los tratamientos que a los aspectos de apoyo emocional y contextual.

Un estudio realizado por Labrador y Bara (2004) con 100 pacientes oncológicos encontró que la edad y el nivel socioeconómico eran variables determinantes para que el

médico oncólogo decidiera informar a un paciente de cáncer sobre su diagnóstico de forma específica o inespecífica.

Wright (2004) menciona que la confianza en la experiencia de los médicos se reportó como la principal preocupación en pacientes con cáncer de mama. Ser médico era suficiente para muchos pacientes, pero la confianza aumentaba cuando los médicos mostraban eficiencia y habilidades técnicas, como exámenes físicos o suturas, o eran aclamados por el personal o los pacientes. Ser franco también mejoró la confianza, pero lo que los pacientes buscaban se apartaba del énfasis actual en proporcionar información. Era una función no de cantidad de información sino de la naturaleza de la información y la forma de presentación. Los pacientes confiaban en los médicos que respondieron a sus preguntas sin dudarlos y desconfiaban de los médicos a los que sospechaban que no respondían con honestidad, pero muchos no querían que se les informara sobre los aspectos del pronóstico y que se les "dejara una nota positiva".

Finalmente, se ha demostrado que los proveedores de atención médica tienden a sobreestimar la angustia de los pacientes y que los médicos y las enfermeras evitan las conversaciones relacionadas con las afecciones graves de los pacientes. Esto se debe, al menos en parte, a la falta de confianza para enfrentar la angustia de los pacientes (Essen, 2002). Estas deficiencias en la comunicación aumentan el sufrimiento psicológico y existencial de los pacientes y sus seres queridos, así como que también dificulta la capacidad de un médico para controlar el dolor y los síntomas (Back et al. 2005).

Relación enfermería-paciente

Los cuidados de enfermería oncológica se han visto ampliamente favorecidos por la incorporación de estándares de seguridad-calidad y de la enfermería basada en la evidencia, que buscan en primer lugar, “no dañar” y por supuesto junto a ello, a pesar de la tecnologización de la medicina, asegurar una atención humanizada, cercana al paciente y su familia, quienes en definitiva buscan en los cuidados de enfermería la mano cariñosa que lo acompañe en esta extenuante carrera por recuperar su salud (Díaz et al. 2013).

El ejercicio de la enfermería oncológica demanda un despliegue de actividades que necesitan de un control más riguroso que en otras disciplinas, por estar expuesto a múltiples actividades, tales como: brindar cuidados prolongados a pacientes con limitaciones físicas, deformaciones, y en muchos casos con pronósticos complicados que traen como consecuencia el desgaste físico y emocional de los profesionales dedicados a ella (Infante, Moret & Curbelo, 2007).

Según Pérez & García (2005) la relación enfermera-paciente es un aspecto muy importante pues una relación basada en la confianza, constituye un requisito necesario para la adecuada marcha del proceso terapéutico. Una buena comunicación permite obtener información adecuada y generar en el enfermo un sentimiento de seguridad que lo haga receptivo a la sugerencia y recomendaciones de la enfermera, son aspectos que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad. Los pacientes en todos los entornos confían su bienestar a las enfermeras y necesitan confianza en la capacidad de sus enfermeras para realizar una vigilancia crítica y brindarles comodidad, educación y apoyo (Radwin & Cabral, 2012).

Una buena atención interpersonal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad (Moreno, Guzmán & Guadalupe, 2012). De manera más específica, una buena comunicación con el personal de tratamiento ayuda a reducir la ansiedad del paciente y la familia, promueve una mejor atención en el hogar después del alta y puede mejorar los resultados de otras maneras (Zimring, Joseph & Choudhary, 2004).

Por último, la relación que se desarrolla entre una enfermera y un paciente es vital para la elaboración del proceso de atención de enfermería y el establecimiento de una relación efectiva, que constituya una habilidad dinámica que requiere no sólo de la comprensión exhaustiva del conocimiento y la habilidad propios de enfermería, sino también de la confianza necesaria para resolver las dificultades que se presentan con los pacientes (Mónica & Eunice, 2008).

Factores asociados a la satisfacción del paciente con el equipo de salud

La confianza y confidencialidad entre el paciente y el médico es una preocupación importante dentro del sistema de atención médica (Ting, 1999). De acuerdo a Larkin et al. (1994) el principio de confidencialidad obliga a los médicos a proteger los secretos físicos, históricos o emocionales del paciente de la divulgación no autorizada a cualquier persona que no esté involucrada directamente en la atención y el tratamiento del paciente. Respetar la confidencialidad ha sido reconocido como una responsabilidad profesional básica de los médicos. Por lo tanto, puede entenderse como una promesa implícita de los médicos a sus pacientes.

La confidencialidad sirve para un doble punto en la medicina. En primer lugar, reconoce el respeto por el sentido de individualidad y privacidad del paciente. Los secretos físicos y psicológicos más personales del paciente se mantienen confidenciales para disminuir el sentimiento de vergüenza o vulnerabilidad. En segundo lugar, la confidencialidad es importante para mejorar la atención médica del paciente, un objetivo básico de la medicina. La promesa de confidencialidad permite a las personas confiar. De esta manera, se alienta a los pacientes a comunicarse de manera honesta y directa con sus médicos. Esto es vital para una historia y un diagnóstico precisos (Siegler, 1982).

Los usuarios y los pacientes manifiestan tener una gran confianza en la profesión médica como agente principal del sistema. Esta confianza es superior a la depositada en otras profesiones sanitarias y se mantiene a pesar de las quejas en torno a la atención sanitaria recibida (Jovell, 2006).

El respeto a la privacidad y la satisfacción de los pacientes se encuentran entre los principales indicadores de la calidad de la atención y uno de los objetivos básicos de los servicios de salud. El mantenimiento de la privacidad depende de los factores sociales y culturales de los pacientes (Nayeri & Aghajani, 2010). La privacidad depende de las oportunidades que ofrece el ambiente físico, las circunstancias que la motivan y las necesidades personales, expectativas y experiencias del individuo. A menudo la eficiencia económica y el acelerado crecimiento son la motivación principal para el diseño hospitalario y están realmente en conflicto con la privacidad del paciente y por ende en su bienestar hospitalario (Ortega et al., 2010).

En este sentido, existe una fuerte evidencia de que los cambios en el diseño que hacen que el entorno sea más cómodo, estéticamente agradable e informativo alivian el

estrés entre los pacientes y aumentan la satisfacción con la calidad de la atención brindada (Zimring et al., 2004). La satisfacción ambiental fue un predictor significativo de la satisfacción general, clasificándose por debajo de la calidad percibida de la atención de enfermería y clínica (Harris, McBride & Curtis, 2002).

Otra variable que conforma a la satisfacción como variable multidimensional es la toxicidad financiera, de acuerdo a Zafar y Abernethy (2013) es una medida objetiva de los gastos fuera del presupuesto, así como de la angustia emocional subjetiva, asociada con el alto costo de la atención y el tratamiento del cáncer. La carga financiera del cáncer influye en la capacidad de las personas de acceder o continuar el tratamiento, lo que puede afectar su supervivencia. Por lo tanto, el estrés financiero tiene serias consecuencias para la salud física y el bienestar de los pacientes. Otro componente importante de la toxicidad financiera es la angustia emocional que experimentan los pacientes en relación con sus gastos fuera del presupuesto.

Aunque cualquier enfermedad puede causar dificultades financieras en los hogares, el término “toxicidad financiera” se originó en el contexto del cáncer. Esto se debe al costo muy elevado de los medicamentos oncológicos, regímenes de tratamientos múltiples y duraderos, la supervivencia prolongada en pacientes con cáncer y poblaciones que envejecen con un mayor riesgo a desarrollar algún tipo de cáncer común (Zafar, 2016).

Instrumentos de evaluación de la satisfacción del paciente con el equipo de salud

El significado del concepto satisfacción rara vez ha sido explícitamente definido y, por lo tanto, el desarrollo de herramientas para medirlo ha sido muy problemático (Williams et al., 1998).

La evaluación de la satisfacción del paciente en oncología implica una amplia gama de metodologías que incluyen entrevistas en profundidad, grupos de debate, paneles, consultas de grupos voluntarios, análisis de quejas y encuestas. La encuesta de satisfacción del paciente sigue siendo el modo más utilizado para determinar de forma objetiva y sistemática la percepción del paciente de cáncer sobre la atención médica recibida (Lis, Rodeghier & Gupta, 2009). Dentro de las ventajas del uso de encuestas se encuentran: sencillas de realizar, permiten conocer las opiniones de gran número de pacientes a un coste razonable y su interpretación suele requerir menos tiempo y recursos que otros métodos (Mira et al., 2001).

De acuerdo Sitzia & Wood (1997) las calificaciones de satisfacción, reflejan tres variables: a) Preferencias personales del paciente, b) Expectativas del paciente, c) Realidades de la atención recibida.

En este contexto, algunos instrumentos y procedimiento de medición que se han utilizado para medir la satisfacción del paciente con la atención médica presentan una variabilidad considerable de constructos (Ver tabla 4). La mayoría de ellos evalúan la satisfacción del paciente con el médico, omitiendo diversos grupos importantes en la interacción del paciente con el equipo de salud, como el personal de enfermería.

Tabla 4. Instrumentos utilizados en estudios para evaluar la satisfacción del paciente con la atención médica.

Instrumento	Población	Variable	Propiedades psicométricas
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Treatment Satisfaction - Patient Satisfaction FACIT-TS-PS (Version 4) (Peipert, 2013)	Pacientes con cáncer y VIH	Satisfacción con la relación paciente – equipo de salud	Alfa de Cronbach >0.70 5 factores 29 ítems
El cuestionario de satisfacción del cuidado del paciente con cáncer (Wessels et al., 2010)	Pacientes con cáncer	Satisfacción con el cuidado	Alfa de Cronbach > 0.70 132 ítems 22 escalas
Ask, Understand, Remember Assesment, (AURA) (Clayman et al., 2010).	Pacientes con hipertensión	Satisfacción con la relación médico - paciente	Alfa de Cronbach de 0.75 Unifactorial 4 ítems
Escala de comunicación y autoeficacia actitudinal para el cáncer (CASE-cáncer) (Wolf et al., 2005)	Pacientes con cáncer	Satisfacción con la relación médico - paciente	Alfa de Cronbach de 0.76 Varianza explicada del 50% Unifactorial 12 ítems
Nine-Item Chinese Patient Satisfaction Questionnaire(ChPSQ-9) (Wong et al. 2008).	Pacientes con cáncer	Satisfacción del paciente	Alfa de Cronbach de 0.93 2 factores 9 ítems
Eficacia percibida en las interacciones paciente-médico (PEPPI) (May et al., 1998).	Adultos mayores	Satisfacción con la relación médico - paciente	Alfa de Cronbach de 0.90 Unifactorial 10 ítems
EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32) (Bredart et al., 2005)	Pacientes con cáncer	Satisfacción con los cuidados	Alfa de Cronbach >0.80 32 ítems 3 dimensiones
The Patient Satisfaction with Cancer-related Care (PSCC) (Jean-Pierre et al., 2011)	Pacientes con cáncer	Satisfacción con la relación paciente – equipo de salud	Alfa de Cronbach de 0.95 Unifactorial 35 ítems

Capítulo 3. Depresión y ansiedad en pacientes con cáncer

Cáncer es de los diagnósticos que más temen los pacientes escuchar. Además de la ansiedad que genera por tratarse de una enfermedad potencialmente letal, la asociación con un dolor inevitable e intratable genera angustia y sufrimiento en el paciente y su entorno. El afectado se ve preso de la desesperación, depresión y resignación, que en muchos casos actúa como amplificador del dolor (Garrido, 2013).

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distress) importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

Estudios recientes con solidez metodológica han sugerido que la progresión del cáncer, y no su inicio, puede verse influido en mayor medida por factores psicosociales, entre ellas la ansiedad y depresión, afectaciones frecuentes en el paciente oncológico, cuyo diagnóstico y tratamiento mejora significativamente su calidad de vida (Alonso, Llop & Rodes, 2003).

De acuerdo a Hernández et al. (2012) los pacientes oncológicos presentan elevada prevalencia de trastornos psicopatológicos, síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, en distintos momentos de la enfermedad. Un estudio realizado en 400 pacientes oncológicos encontró que el 24% de los pacientes con cáncer presentaban criterios de trastorno mental. En el análisis multivariante los predictores de presencia de

trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor (Moncayo et al. 2008).

Derogatis (1983) realizó un estudio con 215 pacientes oncológicos, identificó que el 47% de los pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III. De éstos, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido; 6% manifestaban un trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico; 3% un trastorno de la personalidad y 2% un trastorno de ansiedad.

Más específicamente, un estudio multicéntrico desarrollado en tres países señaló que un 28,5% de los pacientes oncológicos presentan síntomas ansiosos-depresivos suficientes para ser definidos como “casos clínicos”, necesitando derivación a un especialista de salud mental para su valoración, diagnóstico y su posible tratamiento psicológico (Grassi et al., 2004). En este sentido, los pacientes son vulnerables a presentar depresión y ansiedad por muchas razones: alteraciones metabólicas o endócrinas, tratamiento con regímenes de quimioterapia debilitante, modificadores de la respuesta inmunitaria y dolor crónico asociado con la enfermedad (Ballenger et al., 2001).

En conclusión la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos se ha relacionado con peores resultados clínicos y patológicos (Rodríguez et al., 2011), pueden interferir con la capacidad para tolerar los efectos secundarios del tratamiento (Maté, Hollenstein & Gil, 2004), afectar la relación médico paciente, repercutir en la percepción de la atención que el paciente recibe y contribuir a la intensificación de anorexia, fatiga, náuseas, vómito y mayor deterioro físico general (Aass et al., 1997).

Depresión en el paciente oncológico

La depresión y el cáncer suelen coexistir, es el síndrome psiquiátrico que más atención ha recibido en pacientes oncológicos. Su estudio ha sido un desafío debido a que los síntomas se presentan en un amplio espectro que va desde la tristeza hasta un trastorno afectivo importante y porque el cambio de humor a menudo es difícil de evaluar cuando un paciente se enfrenta a amenazas repetidas de la vida, recibe tratamientos para el cáncer, está fatigado o experimentando dolor (Massie, 2004). Por lo cual, la interpretación de las prevalencias es compleja, ya que los pacientes deprimidos pueden presentar síntomas que no les permiten alcanzar los criterios diagnósticos y no mostrar un deterioro sustancial, por lo que a menudo son subdiagnosticados y subtratados por los médicos (Valencia, 2006).

Epidemiología

En la población oncológica, entre 15% y 58% de los pacientes presentan sintomatología depresiva (Grassi et al., 2004; Pirl, 2004; Massie, 2004), y entre 5 y 25% depresión mayor (Rodríguez et al., 2002; Pirl, 2004), porcentajes superiores a los reportados en la población general (Henriksson et al., 1995). La prevalencia puntual para el trastorno depresivo mayor es del 12,5% entre los pacientes con cáncer, cuatro veces la tasa (3,3%) que en la población general (Wu & Andersen, 2011).

Efectos de la depresión en el paciente oncológico

La prevalencia de depresión entre los pacientes con cáncer aumenta con la gravedad de la enfermedad y los síntomas como dolor y fatiga (Spiegel et al. 2003). De acuerdo a Shian

et al. (2014) los pacientes con depresión tenían más probabilidades de encontrarse en etapas terminales de cáncer ($p < 0.01$).

La depresión disminuye la adherencia al tratamiento, aumenta el tiempo de hospitalización, disminuye la calidad de vida y la capacidad de autocuidado (Rojas et al., 2017), aumenta la duración de las consultas, el costo de la enfermedad y la probabilidad de un acto suicida (Reich, 2010).

Una edad más joven, el género, un estadio avanzado de la enfermedad, la presencia de síntomas físicos secuelas de los tratamientos, el tipo de enfermedad neoplásica (con mayor depresión en cáncer de páncreas, orofaríngeo y del sistema nervioso central), la presencia de antecedentes psicológicos y trastornos previos, el bajo apoyo social percibido, y factores de riesgo biopsicosociales se han descrito como influencia para los trastornos depresivos en pacientes oncológicos (Hernández et al. 2012).

Spiegel et al. (2003) identificaron razones por la cual la depresión podría incrementar el riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer. En general, los pacientes deprimidos pueden tener menor adherencia a procedimientos de tamizaje preventivos, tratamientos de cáncer o recomendaciones para mantener su salud. Adicionalmente, mucho de los síntomas de cáncer y los efectos adversos de su tratamiento son similares a aquellos de la depresión como los síntomas vegetativos de sueño, trastornos del apetito, fatiga y dificultad en la concentración.

De acuerdo con Shekelle et al. (1981) las personas que presentaron puntuaciones elevadas de depresión en un cuestionario de personalidad mostraban, diecisiete años más tarde, una probabilidad doble de haber muerto a causa de cáncer ($p < 0,001$).

Finalmente, un estudio realizado por Bui et al. (2005) para examinar la asociación entre los síntomas depresivos y la satisfacción del paciente oncológico con la calidad de la atención médica mediante un análisis de regresión logística mostró una asociación significativa entre el aumento de los síntomas depresivos al inicio del estudio y una menor satisfacción del paciente en el seguimiento. Cada aumento de unidad en los síntomas depresivos al inicio del estudio se asoció con una disminución del 6% en las probabilidades pronosticadas de estar "muy satisfecho" con la atención médica en el seguimiento (OR = 0,94, IC del 95% = 0,89, 0,99), después de ajustar por edad, estado civil, raza / etnicidad, etapa de diagnóstico y otros factores relevantes. Por lo que se concluyó que el aumento de los síntomas depresivos se asocia con una menor satisfacción del paciente oncológico con la calidad de la atención médica.

Ansiedad en el paciente oncológico

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses (Cano, 2005).

Se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, es transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, se considera desadaptativa cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas y se mantiene en el tiempo (Arranz et al., 2003; Consedin, et al., 2008).

La ansiedad es la forma más común de estrés psicológico en pacientes con cáncer. Puede ser: a) situacional; b) secundaria al tratamiento o c) exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente (Almanza & Holland, 2000). La experiencia clínica dicta que el cáncer es una fuente de ansiedad situacional, que causa angustia psicológica, miedo, temor y tristeza. Sin embargo, aparte de estas respuestas emocionales normativas, el cáncer se asocia con altas tasas de trastornos de ansiedad (Roy-Byrne et al. 2008).

Epidemiología

La prevalencia de ansiedad en población oncológica es de 0,9% a 49% con instrumentos de autoreporte (van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997). Sin embargo, estudios que utilizan entrevistas psiquiátricas estandarizadas y criterios diagnósticos identifican un rango más estrecho de 10% a 30% (Stark et al., 2002). Para la prevalencia de sintomatología ansiosa grave el rango fue del 9,4% al 19,2%, con un porcentaje general del 12,6% (Maass et al., 2015).

Efectos de la ansiedad en el paciente oncológico

La ansiedad, a nivel elevado, puede provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo. Esto, a su vez, interfiere en la atención selectiva y en la codificación de informaciones en la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio (Caniçali et al., 2012). En este sentido, explicar y comprender las preocupaciones del paciente, incluso cuando no se pueden resolver, produce una disminución significativa de la ansiedad (MacLeod, 1991).

La ansiedad en el paciente oncológico está directamente asociada con diversas expresiones somáticas, en las que el individuo manifiesta preocupación, tensión y

nerviosismo; se exterioriza tanto en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento, recidiva y en los estados avanzados o terminales, se identifica además con niveles de ansiedad clínicamente representativos a lo largo del proceso de quimioterapia (Guerrero et al., 2016).

Maté, Hollenstein y Gil (2004) mencionan que la ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales.

Las variables descritas como influencia para desarrollar un trastorno de ansiedad en pacientes oncológicos son: una edad más joven, ser mujer y tener una situación socioeconómica desfavorecida; la adaptación psicológica premórbida con tendencias ansiosas, rasgos de personalidad obsesiva y dificultades personales, de pareja o laborales; una situación avanzada de la enfermedad, el estado físico asociado y la situación de tratamiento; la recidiva de la enfermedad, factores orgánicos relacionados con la enfermedad, la toxicidad farmacológica y el dolor agudo no controlado (Hernández et al. 2012).

La ansiedad durante el tratamiento juega un papel importante, los pacientes que informaron un alto nivel de ansiedad y / o un bajo nivel de adaptación a la enfermedad antes de recibir quimioterapia experimentaron una mayor intensidad de náuseas, independientemente del sexo, la edad, el calendario de medicamentos administrado y la cantidad de infusiones recibidas previamente (Blasco et al., 2000). Wallace et al. (1993) identificaron que la ansiedad en la radioterapia es un indicador confiable para predecir las

dificultades en un ajuste de los pacientes al tratamiento, así como posible presencia de sufrimiento psicológico durante la radioterapia.

En conclusión, se puede observar que la satisfacción del paciente oncológico puede verse influida no solo por variables físicas y de infraestructura, también de variables de interacción como la relación equipo de salud-paciente y variables psicosociales, las cuales, en específico sintomatología de ansiedad y depresión pueden ser asociadas a la comunicación médico paciente, aspectos fundamentales en el trato digno del paciente en oncología.

Fase I: Validación del Instrumento FACITS-TS-PS (versión 4) en pacientes oncológicos mexicanos

Planteamiento del problema y Justificación

El tema de la satisfacción del paciente oncológico es particularmente relevante, debido a la alta cantidad de consultas médicas, estancias prolongadas en hospitalización y variedad de tratamientos. Aunque es una variable multidimensional en la cual el individuo evalúa distintos aspectos de la atención (Linder & Struening., 1985), investigaciones identifican que la satisfacción generada por cuestiones interpersonales en la interacción con el personal médico y/o enfermería determina, en gran medida, la satisfacción global que realiza el paciente oncológico con el proceso de atención médica (Essen et al., 2002; Jovell, 2006; Kleeberg et al., 2005; Lis, Rodeghier & Gupta, 2009; Macleod, 1984; Ramírez et al., 1998; Travado et al. 2005; Von Gruenigen et al., 2006; Wiggers et al., 1990; Wright, 2004). Teniendo repercusiones en la adherencia al tratamiento, presencia de afectaciones psicológicas, calidad de vida, inclusive, con mayor supervivencia del paciente oncológico (Bui, 2005; Gupta et al., 2013; Pascoe, 1983; Wyshak & Barsky, 1995).

Por lo cual, la evaluación de la satisfacción en los usuarios se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo se encuentra un servicio de salud, permitiendo la identificación de áreas de mejora en aspectos claves que favorezcan el cumplimiento de las expectativas de los pacientes con el proceso de atención médica (Massip et al., 2008; Williams, 1994). No obstante, aunque cada vez se valora más la información que facilitan las encuestas de satisfacción del paciente, todavía podría

rentabilizarse mayormente la información que aportan estos instrumentos, por lo que se deberá tener exigencia en la validez y confiabilidad de las escalas y disponer de estrategias de análisis que permitieran aprovechar al máximo esta información en beneficio de los pacientes (Mira et al., 2001).

En este sentido, en la revisión de la literatura no se encontró una escala diseñada o validada para población mexicana que evaluara la satisfacción del paciente con el equipo de salud en pacientes con cáncer. El hecho de no contar con un instrumento válido y confiable para medir este constructo limita el conocimiento para la identificación de los niveles de la satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud, así como encontrar las diferencias que puedan existir a nivel cultural con otras poblaciones.

Por tanto, se validó el Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Treatment Satisfaction - Patient Satisfaction FACIT-TS-PS) (versión 4), para medir la satisfacción del paciente con el equipo de salud, abarcando tres de los principales grupos de atención médica institucional: personal médico, personal de enfermería y personal encargado del tratamiento. Es una escala multidimensional, desarrollado por Peipert et al., (2014), auto aplicada conformada por 26 reactivos distribuidos en 5 factores: Comunicación médica, Comunicación con el personal de tratamiento, Competencia técnica, Comunicación con enfermería y Confidencialidad y Confianza y 3 reactivos individuales que no se incluyen en la sumatoria final, dando un total de 29 reactivos y se puede contestar en 10 minutos. En la revisión realizada no se encontraron validaciones del FACIT-TS-PS (versión 4) en otras poblaciones.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente FACIT-TS-PS (versión 4) en una muestra de pacientes con cáncer en población mexicana?

Objetivo general

Validar el Inventario de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente FACIT-TS-PS (versión 4) en una muestra de pacientes con cáncer en población mexicana.

Objetivos Específicos

- 1) Validación por jueces del Inventario de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente FACIT-TS-PS (versión 4).
- 2) Prueba piloto del FACIT-TS-PS (versión 4) con el objetivo de evaluar redacción, expresiones confusas y dificultad; posteriormente realizar las modificaciones pertinentes.
- 3) Determinar la estructura factorial de los componentes principales del FACIT-TS-PS (versión 4).
- 4) Determinar la confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de FACIT-TS-PS (versión 4).
- 5) Determinar la validez concurrente con la sumatoria de la sub-escala “Relación con el médico” del Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) y la sumatoria

total del instrumento Indicas: Sistema nacional de indicadores de calidad en salud
indicador de trato digno en los servicios en consulta externa y urgencias y la
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

Hipótesis

- 1) Habrá un consenso igual o mayor a 90% entre los expertos respecto a los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje apropiado para la población, validez teórica, validez aparente y validez de contenido.
- 2) Existirá un consenso igual o mayor al 90% respecto a los criterios de dificultad, confusión, palabras difíciles y lenguaje ofensivo
- 3) Se espera que las características psicométricas del FACIT-TS-PS versión mexicana se comporte con similar estructura factorial, consistencia interna, varianza explicada y validez concurrente que la versión original.
- 4) Se espera que la correlación del 80% de las escalas multi-item será de 0.7 o mayor utilizando el alfa de Cronbach.
- 5) Existirán correlaciones directamente proporcionales entre el FACIT-TS-PS (versión 4) con la sub-escala “Relación con el médico” y la escala Indicas e inversamente proporcionales entre el FACIT-TS-PS (versión 4) y la escala HADS. Estas correlaciones serán estadísticamente significativas, por lo que el FACIT-TS-PS (versión 4) tiene una adecuada validez concurrente.

Variables

Tabla 5. Definición de las variables Fase I

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Satisfacción paciente con el equipo de salud	Medida en que las experiencias de atención médica de un individuo coinciden con sus expectativas (Bredart et al., 2005)	Se identificó la variable de satisfacción del paciente con el equipo de salud con base a las respuestas del Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) desarrollado por Cella et al. (2013). Con rangos de puntuación de cada sub-escala: 0-36 Comunicación médica 0-12 Comunicación con el personal de tratamiento 0-9 Competencia técnica 0-9 Comunicación con enfermería 0-12 Confidencialidad y Confianza
Relación médico-paciente	Grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante (Riveros et al., 2009)	Se identificó la variable de relación médico-paciente con base a las respuestas de la sub-escala “Relación con el médico” del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) desarrollado por Riveros et al., (2009). Con puntos de cohorte: ≥17 Muy alta 15 Alta 8-14 Normal 4-7 Baja ≥3 Muy baja
Calidad de atención	Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (OPS, 1999)	Se identificó la variable de calidad de la atención con base a las respuestas de la hoja de registro del Indicador de trato digno en los servicios en consulta externa y urgencias perteneciente al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS, 2013). No cuenta con puntos de cohorte o rangos de puntuación.
Sintomatología ansiosa	Se define como la anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco de daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994).	Se identificó la variable de ansiedad con base a las respuestas de la sub-escala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) validada por Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana. Con puntos de cohorte: 0-5 sin ansiedad 6-8 ansiedad leve 9-11 ansiedad moderada ≥12 ansiedad grave

Sintomatología depresiva	Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).	Se identificó la variable de depresión con base a las respuestas de la sub-escala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) validada por Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana. Con puntos de cohorte: 0-5 sin depresión 6-8 depresión leve 9-11 depresión moderada ≥12 depresión grave
--------------------------	---	---

Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017).

De acuerdo con Nunnally (1991) para validar un instrumento con una muestra representativa se requieren 10 participantes por reactivo, el instrumento FACIT-TS-PS tiene 26 reactivos, por lo que se considera una muestra representativa 260 participantes, adicionalmente, se consideró un 20% de pérdidas, por lo que la muestra total fue de 353 pacientes. Los participantes fueron invitados a participar antes o después de consulta en las salas de espera de las unidades funcionales de mama, ginecología, gastroenterología, hematología, urología, cabeza y cuello, piel y partes blandas y pulmón.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer
- En cualquier tipo de tratamiento o periodo de seguimiento⁵
- Saber leer y escribir

⁵ Control de la salud de una persona durante el tiempo después del tratamiento.

Criterios de exclusión

- Deterioro cognitivo que le impida contestar las encuestas
- Deficiencia visual o auditiva severa

Criterios de eliminación

- Que durante el llenado de los instrumentos el participante desee abandonar el estudio.

Tipo de Estudio.

Para la Fase I de esta investigación se empleará un diseño instrumental, no experimental (Montero & León, 2005).

Instrumentos

Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Treatment Satisfaction - Patient Satisfaction FACIT-TS-PS) (versión 4), desarrollado por Peipert et al., (2014) es una escala multidimensional auto aplicada conformada por 26 reactivos distribuidos en 5 factores: Comunicación médica (alfa=0.95), Comunicación con el personal de tratamiento (alfa=0.89), Competencia técnica (alfa=0.86), Comunicación con enfermería (alfa=0.72) y Confidencialidad y Confianza (alfa=0.93) y 3 reactivos individuales que no se incluyen en la sumatoria final, dando un total de 29 reactivos. Es una escala que se puede contestar en 10 minutos.

Sub-escala “Relación con el médico” del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) desarrollado por Riveros et al (2009) es una sub-escala auto aplicable que cuenta con 4 reactivos, presenta un alfa de Cronbach de 0.75 y forma parte de un inventario que tiene el objetivo de medir la calidad de vida de pacientes, compuesta de 12 áreas (apéndice 1).

Indicador de trato digno para los servicios de consulta externa (primero, segundo y tercer nivel de atención) y urgencias (segundo y tercer nivel de atención) perteneciente al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), sistema que genera información con periodicidad cuatrimestral de indicadores de calidad en salud para la toma de decisiones y mejora de los servicios públicos de salud dentro de cada unidad médica en México (Secretaría de Salud, 2016) (apéndice 2).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS por sus siglas en inglés) desarrollado por Zigmond & Snaith, (1983) y validado en México con pacientes oncológicos por Galindo et al., (2015) es un instrumento que mide sintomatología ansiosa y depresiva. La sub-escala de ansiedad (6 reactivos) tiene un alfa de Cronbach de 0.79 y una varianza explicada de 36.55%, en tanto que la sub-escala de depresión (6 reactivos) un alfa de Cronbach de 0.80 y varianza explicada de 11.49%. El alfa de Cronbach global, con 12 reactivos, alcanzó 0.86 y el 48.04% de la varianza, en su versión mexicana (apéndice 3).

Se incluyó una cédula de identificación del participante, la cual recabó variables clínicas y sociodemográficas, para revisar dichos datos se empleó el programa INCAnet, base de datos que contiene los expedientes de los pacientes del INCan (apéndice 4).

Procedimiento

Consideraciones éticas

Se solicitó al Dr. David Cella, autor del instrumento FACIT-TS-PS (versión 4), poder realizar la validación en México de su inventario. La licencia de autorización fue otorgada a través de un correo electrónico (apéndice 5), en conjunto con el instrumento traducido al español y el manual de calificación. Se comenzó con la aplicación del instrumento una vez aprobada la investigación por el Comité de ética y el Comité de investigación del Instituto Nacional de Cancerología, con número de aprobación **(018/068/MII) (CEI/1257/18)**.

Etapa 1. Validación por jueces

Se envió por correo electrónico el Instrumento FACITS-TS-PS (versión 4) a 15 expertos en oncología, pertenecientes a las disciplinas de medicina, psicología, trabajo social, enfermería y personal administrativo, un formato para evaluar criterios de pertinencia (P), redacción (R), lenguaje apropiado para la población (L), validez teórica (V), validez aparente (A) y validez de contenido (C) (apéndice 6), otorgando 2 semanas para realizar las observaciones pertinentes. Adicionalmente, se les hizo la invitación a asistir a una reunión para revisar y discutir las observaciones realizadas al instrumento con el grupo de investigación.

Como resultado de las observaciones realizadas al Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) se hicieron modificaciones encaminadas a mejorar el entendimiento de las instrucciones y reactivos (Tabla 6)

Tabla 6. Cambios realizados en la validación por jueces

No. página	Sección	Modificación	
		Antes	Después
1	Instrucciones	Marque una respuesta	Por favor, indique una respuesta con una ✓
1	Instrucciones	Preguntas siguientes	Siguientes preguntas
1, 2	Opciones de respuesta	Sí, pero no tanto como quería	Sí, pero no tanto como me gustaría
1, 2	Opciones de respuesta	Sí, casi tanto como quería	Sí, casi tanto como me gustaría
1, 2	Opciones de respuesta	Sí, y tanto como quería	Sí, totalmente como me gustaría
1	Nombre de la subescala	Explicaciones	Comunicación médica
1	TS 27	Alentaron	Motivaron
2	Nombre de la subescala	Atención completa	Comunicación con el personal de la salud
2	TS 20	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus actividades diarias habituales?	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus actividades diarias habituales (por ej., bañarme, vestirme)?
2	Nombre de la subescala	Calidad técnica	Conocimientos y habilidades médicas
2	TS 25	¿El personal a cargo del tratamiento le hizo un examen y le dio un tratamiento detallados?	¿Su(s) médico(s) evaluó su caso y ofreció un tratamiento detallado?
2	Nombre de la subescala	Personal de enfermería	Comunicación con el personal de enfermería
2	TS 31	¿Pudo entender las explicaciones de su personal de enfermería?	¿Pudo entender las explicaciones del personal de enfermería?
2	TS 32	¿El personal de enfermería mostró un verdadero interés por usted?	¿Su personal de enfermería mostró un verdadero interés por usted?

3	TS 33	¿Su personal de enfermería parecía entender sus necesidades?	¿El personal de enfermería parecía entender sus necesidades?
3	TS 37	¿Confió en las sugerencias de su(s) médico(s) relativas a su tratamiento?	¿Confió en las sugerencias de tratamiento de su(s) médico(s)?
3	TS 38	¿Recomendaría esta clínica o consultorio a otras personas?	¿Recomendaría esta clínica, hospital o consultorio a otras personas?
3	TS 39	¿Escogería de nuevo esta clínica o consultorio?	¿Escogería de nuevo esta clínica, hospital o consultorio?
3	Instrucciones	Deficiente	Mala

Etapa 2. Prueba piloto

Se realizó la aplicación del Instrumento FACITS-TS-PS (versión 4) a 29 participantes para identificar si existía alguna expresión confusa, ofensiva, y evaluar la comprensión de los reactivos (Mora et al., 2013). Se aplicó un formato de registro de caso que incluyó: un cuestionario específico sobre las instrucciones, cada reactivo y las opciones de respuesta (apéndice 7).

Las aplicaciones del piloteo se llevaron a cabo en las áreas funcionales de mama, ginecología, urología, cabeza y cuello, pulmón, gastroenterología y hematología del 25 de junio al 12 de julio del 2018. La descripción de los participantes se muestra en la Tabla 7. Posterior a la aplicación se procedió a realizar modificaciones al Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) para obtener una versión final.

Tabla 7. Descripción de los participantes del piloteo

	f	%		f	%
N	29	100%	Nivel de estudios		
Edad: 26-76			Ninguno	3	10%
Media= 54.97			Primaria	8	28%
Sexo			Secundaria	7	24%
Mujer	20	69%	Preparatoria	4	14%
Hombre	9	33%	Licenciatura	7	24%
Estado civil			Nivel socioeconómico		
Soltero(a)	2	7%	Nivel 1	2	7%
Casado(a)	15	52%	Nivel 2	17	59%
Viudo	3	10%	Nivel 3	4	14%
Unión libre	4	14%	Nivel 4	4	14%
Divorciado	5	17%	Nivel 6	2	7%
Paternidad			Estadio		
Si	27	93%	Estadio I	2	7%
No	2	7%	Estadio II	7	24%
Ocupación			Estadio III	4	14%
Empleado(a)	5	17%	Estadio IV	8	28%
Autoempleado(a)	2	7%	Sin estadio	8	28%
Desempleado(a)	9	31%	Tratamiento		
Hogar	13	45%	Periodo de seguimiento	9	31%
Comorbilidad			Quimioterapia	10	34%
Si	10	34%	Cirugía	4	14%
No	19	65%	Qt + Rt	3	10%
Tipo de comorbilidad			Otro (hormonoterapia, radioterapia)	3	10%
Diabetes	4	14%	Diagnóstico		
Hipertensión	6	21%	Mama	9	31%
Lugar de residencia			Urología	6	20%
Ciudad de México	14	49%	Gastrointestinal	1	4%
Interior de la República	15	52%	Pulmón	1	4%

Continuación Tabla 7. Descripción de los participantes del piloteo

Karnofsky			Ginecología	9	31%
100	5	14%	Hematología	2	7%
90	20	69%	Cabeza y cuello	1	4%
80	4	17%			
ECOG					
1	29	100%			

*Qt= Quimioterapia, Rt= Radioterapia

Etapa 3. Validez y confiabilidad del FACIT-TS-PS (versión 4)

De forma verbal se invitó a los potenciales participantes a colaborar en la investigación, se les explicó el objetivo del estudio, propósito, procedimiento, confidencialidad, los riesgos y beneficios. Si el participante aceptaba participar mediante la firma del consentimiento informado (apéndice 8) se le aplicaba el instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) concurrente con la sub-escala “Relación con el médico” del Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa), Indicas: Sistema nacional de indicadores de calidad en salud indicador de trato digno en los servicios en consulta externa y urgencias y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). El investigador aclaró al potencial participante que podría retirarse del estudio si no se sentía cómodo al responder el cuestionario, sin que con ello perjudicara los derechos como paciente de la institución. La Figura 2 muestra el desarrollo del proceso que se siguió.

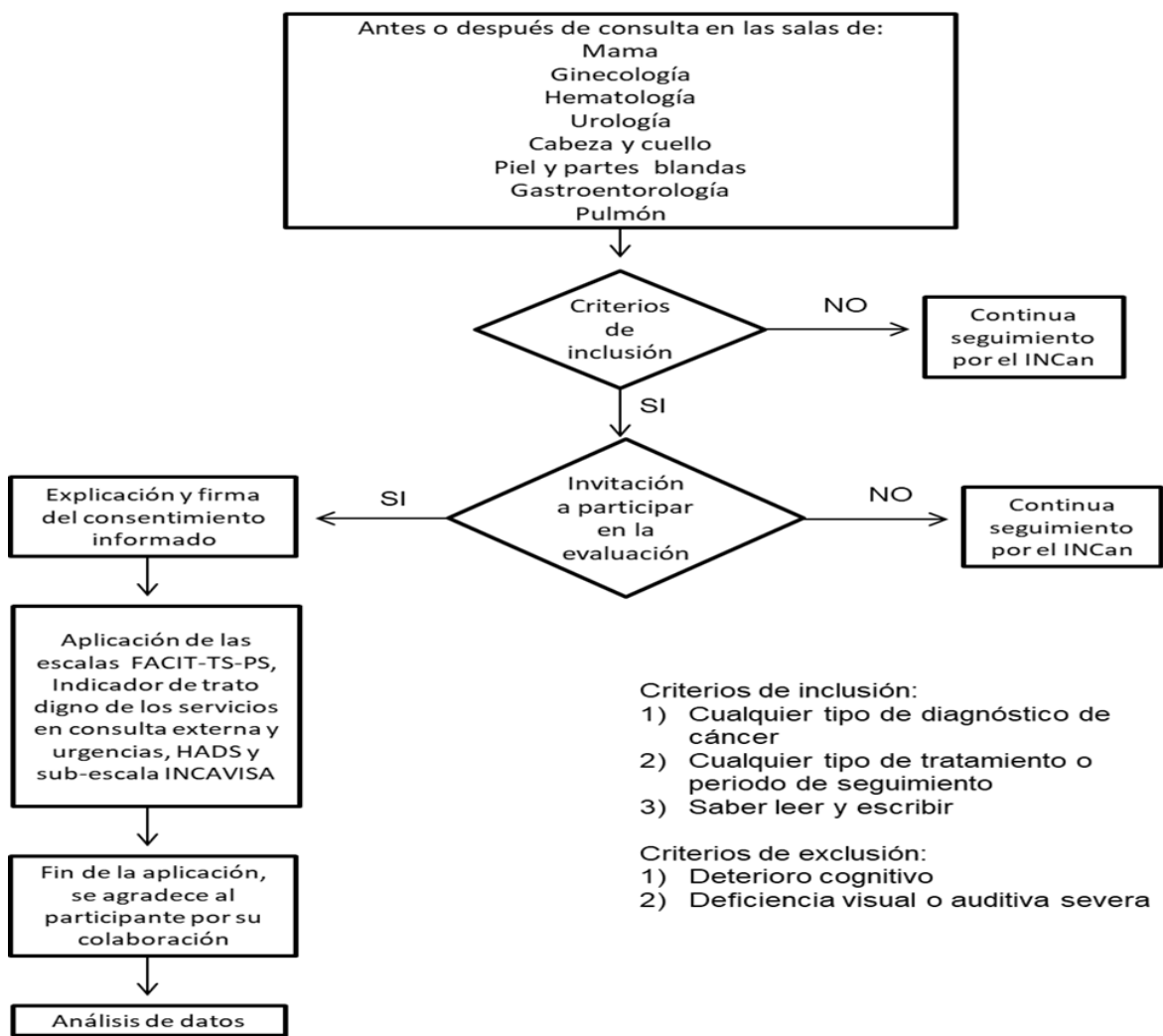


Figura 2. Procedimiento para la validación del instrumento FACIT-TS-PS (versión 4)

Se incluyeron 353 participantes de las unidades funcionales de mama, ginecología, gastroenterología, hematología, urología, cabeza y cuello, piel y partes blandas y pulmón del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, en un periodo de dos meses. Ver página 80 para la descripción de la muestra.

Análisis estadísticos

Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron: a) cargas factoriales ≥ 0.50 ; b) no se tomó un mínimo de reactivos por factor y c) coeficientes de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach ≥ 0.60 . El esquema de la Tabla 8 muestra los pasos seguidos para realizar el análisis exploratorio y determinar la estructura factorial. La relación entre el instrumento FACIT-TS-PS y las medidas concurrentes con el HADS y el SICALIDAD se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson, para el INDICAS se utilizó correlación de Pearson, Spearman y el coeficiente de correlación Phi, dependiendo del nivel de medición de cada pregunta, así como las opciones de respuesta del INDICAS. La consistencia interna se obtuvo mediante el alfa de Cronbach.

Tabla 8. *Pasos del análisis exploratorio y determinación de la estructura factorial*

Análisis	Objetivo	Procedimiento
Análisis de distribución	Validar la base de datos, (identificar casos fuera de rango) y que todas las opciones de respuesta sean atractivas a cada reactivo.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar.
Sesgo	Determinar el tipo de población que se está analizando.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Seleccionar todos los reactivos → Asimetría → Gráficos → Histograma → Aceptar.
Cuartiles	Identificar puntajes de los cuartiles extremos a partir de la sumatoria total de los reactivos.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencia → Estadísticos → Cuartiles → Seleccionar puntaje total → Aceptar.
Nueva variable para grupos extremos	Crear una nueva variable para identificar a los sujetos que pertenecen a los grupos extremo inferior y superior.	Transformar → Recodificar en distintas variables → Seleccionar y nombrar variable → Valores antiguos y nuevos → Rango inferior agregar valor del percentil

		25 y nuevo valor 1 → Rango superior agregar valor del percentil 75 y nuevo valor 2 → Aceptar.
Prueba T para muestras independientes	Filtro de reactivo de acuerdo de la propiedad de discriminación de los cuartiles extremos.	Analizar → Comparar medias → Prueba T para muestras independientes → Selección de todos los reactivos y definir grupos a partir de la variable de grupos extremos → Aceptar.
Tablas cruzadas	Verificar la direccionalidad de los reactivos. Colocar en filas los extremos y en columnas los reactivos.	Analizar → Estadísticos descriptivos → Tablas de contingencia → Seleccionar todos los reactivos → Casillas → Observando y Columna → Aceptar.
Correlación	Determinar la correlación múltiple entre reactivos y poder elegir el tipo de rotación. Varimax $\geq .4$ Oblimin $\leq .4$ Correlaciones mayores a .8 miden lo mismo	Analizar → Correlación → Bivariadas → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar.
Consistencia interna	Verificar la correlación de los reactivos.	Analizar → Escala → Análisis de fiabilidad → Seleccionar todos los reactivos → Aceptar.
Análisis Factorial	Analizar la matriz de componentes rotados. Eliminación de reactivos que pertenecen a más de un factor.	Analizar → Reducción de dimensiones → Factor → Seleccionar reactivos → KMO → Varimax → No se suprimen valores → Aceptar.

Resultados

Estructura factorial

El instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una ($p= .001$) y un índice de adecuación muestral ($KMO=0.929$). El análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales y rotación Varimax (correlaciones entre reactivos con rangos entre .247 y .813) con punto de cohorte de 0.50 y 26 reactivos arrojó un modelo con cuatro factores con una varianza explicada de 66.592%.

El factor *Confianza y confidencialidad* se desintegró otorgando los reactivos *¿Confió en las sugerencias de tratamiento de su(s) médico(s)? (TS 37)* y *¿Tuvo confianza en su(s) médico(s)? (TS 36)* al factor *Conocimientos y habilidades médicas* y el reactivo *¿El personal a cargo del tratamiento respetó su privacidad? (TS 35)* al factor *Comunicación con el personal de enfermería*. Se eliminó el reactivo *¿Le pareció que el personal a cargo del tratamiento respondió a sus preguntas con sinceridad? (TS 34)* y procediendo a la eliminación del reactivo *¿Su(s) médico(s) mostró (mostraron) un verdadero interés por usted? (TS 15)* debido a que tenía una carga factorial arriba del 0.50 en dos factores. Al realizar en análisis factorial sin estos dos reactivos la carga factorial del reactivo *¿El personal a cargo del tratamiento respetó su privacidad? (TS 35)* disminuyó por debajo del 0.50 por lo procedió a su eliminación. Por lo cual, se obtuvo una varianza explicada del 68.244% y 23 reactivos (Ver tabla 9).

Los factores *Comunicación con el médico* (eliminación del reactivo TS 15), *Comunicación con el personal de tratamiento* y *Comunicación con el personal de enfermería* se agruparon de manera similar a la versión original. De distinta manera, el factor *Confianza y confidencialidad* (eliminación de los reactivos TS 34 y TS 35) se unificó con el factor *Conocimientos y habilidades médicas*, por lo que se decidió nombrar el factor: *Conocimientos médicos y confianza*.

Tabla 9. *Análisis factorial de elementos FACIT-TS-PS (versión 4)*

Escala global $\alpha= 0.944$ Varianza explicada total= 68.24%	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
FACIT-TS-PS Subescala Comunicación con el médico		24.87%	$\alpha= .930$
TS13. ¿Tuvo la oportunidad de decir lo que era importante para usted?	.818		
TS12. ¿Tuvo oportunidad de hacer preguntas?	.748		
TS10. ¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles beneficios de su tratamiento?	.72		
TS18. ¿Pudo hablar con su(s) médico(s) cuando lo necesitó?	.702		
TS16. ¿Su(s) médico(s) parecía(n) entender sus necesidades?	.685		
TS14. ¿Su(s) médico(s) parecía(n) entender lo que era importante para usted?	.676		
TS9. ¿Pudo entender las explicaciones de su(s) médico(s)?	.641		
TS11. ¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles efectos secundarios o riesgos de su tratamiento?	.629		
TS27. ¿Lo/la motivaron a participar en la toma de decisiones respecto a su atención médica?	.613		
TS30. ¿Su(s) médico(s) parecía(n) respetar sus opiniones?	.587		
TS28. ¿Tuvo suficiente tiempo para tomar decisiones respecto a su atención médica?	.518		
FACIT-TS-PS Subescala Conocimientos médicos y confianza		17.79%	$\alpha= .882$
TS24. ¿Le pareció que su(s) médico(s) estaba(n) al tanto de los últimos avances médicos sobre su enfermedad?	.792		
TS37. ¿Confió en las sugerencias de tratamiento de su(s) médico(s)?	.763		
TS23. ¿Le pareció que su(s) médico(s) tenía(n) experiencia en el tratamiento de su enfermedad?	.762		
TS36. ¿Tuvo confianza en su(s) médico(s)?	.758		
TS25. ¿Su(s) médico(s) evaluó su caso y ofreció un tratamiento detallado?	.669		
FACIT-TS-PS Comunicación con el personal de tratamiento		14.19%	$\alpha= .891$
TS21. ¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus relaciones personales (familiares, amistades, laborales)?	.848		
TS20. ¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus actividades diarias habituales (por ej., bañarme, vestirme)?	.83		
TS19. ¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar su trabajo habitual (incluidos los quehaceres domésticos)?	.746		
TS22. ¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectarlo(a) emocionalmente?	.733		

FACIT-TS-PS Comunicación con el personal de enfermería		11.37%	$\alpha = .891$
TS32. ¿El personal de enfermería mostró un verdadero interés por usted?	.899		
TS33. ¿El personal de enfermería parecía entender sus necesidades?	.883		
TS31. ¿Pudo entender las explicaciones del personal de enfermería?	.792		

Consistencia interna

El análisis de consistencia interna del FACIT-TS-PS (versión 4) obtuvo un alfa de Cronbach de los 23 reactivos de 0.944, así como alfas de 0.882 a 0.930 en los 4 factores. En términos generales, la consistencia interna puede considerarse adecuada (Ver tabla 9).

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes

Las correlaciones entre FACIT-TS-PS y HADS fueron negativas y estadísticamente significativas, lo que indica una relación inversamente proporcional (r de Pearson de $-.110$ a $-.234$, $p < .01$ y $p < .05$). Por otro lado, se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el FACIT-TS-PS e INCAVISA (r de Pearson de $.161$ a $.314$, $p < .01$ y $p < .05$). Aunque las correlaciones fueron estadísticamente significativas, la mayoría de ellas se encuentra por debajo de $.300$, por lo que no llegan a ser bajas. La Tabla 10 muestra el resumen de las asociaciones entre el FACIT-TS-PS con las medidas concurrentemente administradas del INCAVISA y HADS.

Adicionalmente, se correlacionó el FACIT-TS-PS con el INDICAS mediante el coeficiente de correlación de Pearson, Spearman y el coeficiente de correlación Phi, dependiendo del nivel de medición de cada pregunta del INDICAS. Se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (r_2 de Spearman de $.146$ a $.534$,

$p < .01$) (r de Pearson de .284 a .577, $p < .01$) (Ver Tabla 11). Asimismo, se encontraron relaciones positivas y estadísticamente significativas ($r\phi$ de Phi de .240 a .266, $p < .01$) y una relación negativa y estadísticamente significativa ($r\phi = -.278$, $p < .01$) (Ver Tabla 12).

Tabla 10. Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana, con INCAVISA y HADS

	INCAVISA	HADS		
	(Relación médico-paciente)	HADS Ansiedad	HADS Depresión	HADS Total
Comunicación con el médico	.314**	-.180**	-.178**	-.207**
Comunicación con el personal de tratamiento	.196**	-.147**	-.181**	-.188**
Conocimientos médicos y confianza	.266**	-.200**	-.164**	-.212**
Comunicación con el personal de enfermería	.161**	-.110*	-.162**	-.155**
FACIT-TS-PS TOTAL	.308**	-.199**	-.208**	-.234**

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

Tabla 11. Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana e INDICAS

	Comunicación con el médico	Comunicación con el personal de tratamiento	Conocimientos médicos y confianza	Comunicación con el personal de enfermería	FACIT- TS-PS TOTAL
Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedó usted?	.302**	.255**	.329**	.236**	.341**
La información que le proporcionó el médico, ¿cómo la consideró usted?	.534**	.366**	.454**	.314**	.519**
Con la cantidad de medicamentos que le entregaron, ¿quedó usted?	.218**	.171**	.208**	.146**	.236**
¿El trato que recibió en esta unidad fue?	.344**	.277**	.322**	.262**	.369**
¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la atención médica recibida?	.420**	.361**	.471**	.321**	.471**
¿Qué calificación le da a la calidad de la atención médica recibida del 0 al 10, en donde 10 es muy satisfecho y 0 es muy insatisfecho?	.540**	.406**	.597**	.284**	.577**

**La correlación es significativa al nivel .01.

Tabla 12. Coeficientes de correlación entre FACITS-TS-PS Versión Mexicana e INDICAS mediante prueba Phi

	Satisfacción con el equipo de salud (Puntuación FACIT-TS-PS Total)		Valor Phi	Valor <i>p</i>
	Baja < 60 puntos (n=180)	Alta ≥60 puntos (n=173)		
¿Tiene seguro popular?			.053	.606
Si	113 (62)	110 (64)		
No	67 (37)	63 (36)		
¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?			.249	.001
Si	156 (87)	172 (99)		
No	23 (13)	1 (1)		
No contestó	1 (1)	0		
¿El médico le explicó sobre su estado de salud?			.266	.001
Si	154 (86)	171 (99)		
No	24 (13)	1 (1)		
No contestó	2 (1)	0		
¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir?			.240	.001
Si	158 (88)	171 (99)		
No	20 (11)	0		
No contestó	2 (1)	2 (1)		
¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?			-.278	.001
Si	140 (78)	167 (96)		
No	40 (22)	6 (3)		

Discusión

La evaluación de la satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud es de gran relevancia debido a que representa una tarea permanente y dinámica que aporta datos del cumplimiento de las expectativas de los pacientes y ayuda a identificar áreas de oportunidad en la interacción con el equipo de salud. El FACIT-TS-PS (versión 4) (Peipert et al., 2014) es un instrumento diseñado para medir este constructo, el cual, en población oncológica mexicana mostró adecuadas propiedades psicométricas y una estructura factorial similar a la versión original. Presenta 23 reactivos agrupados en cuatro factores, a diferencia de los 26 reactivos agrupados en cinco factores iniciales (sin contar los 3 reactivos individuales que no se incluyen en la sumatoria final). En el apéndice 9 se observa la versión final del Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) para pacientes oncológicos mexicanos y en el apéndice 10 la forma de calificación del mismo.

El factor *Confianza y confidencialidad* evalúa la confianza en general del paciente con el equipo de salud, al unificarse los ítems de este factor con el de *Conocimientos y habilidades médicas* se identifica que la confianza en general con el equipo de salud del paciente oncológico mexicano recayó totalmente en la percepción de la experiencia del equipo médico para el tratamiento de su enfermedad, lo cual se podría explicar de acuerdo con lo que indica Wright (2004), quien menciona que la confianza en la experiencia de los médicos se reportó como la principal preocupación de pacientes con cáncer. Ser médico era suficiente para muchos pacientes, pero la confianza aumentaba cuando los médicos mostraban eficiencia y habilidades técnicas, como exámenes físicos o suturas, o eran aclamados por el personal o los pacientes. Incluso, los pacientes manifiestan tener una gran confianza en la profesión médica como agente principal del

sistema. Esta confianza es superior a la depositada en otras profesiones sanitarias y se mantiene a pesar de las quejas en torno a la atención sanitaria recibida (Jovell, 2006). Navarro (2010) menciona que los pacientes dan más importancia, en general, a los aspectos relacionados con la competencia del médico y la información sobre la enfermedad y los tratamientos que a los aspectos de apoyo emocional y contextual.

La validez concurrente del FACIT-TS-PS (versión 4), en general, se identificó mediante asociaciones bajas estadísticamente significativas con la sub-escala “Relación con el médico” del InCaViSa, HADS e INDICAS. Las correlaciones entre el FACIT-TS-PS y la sub-escala “Relación con el médico” del InCaViSa aunque se esperaría que fueran elevadas de acuerdo a la similitud de constructo, se identificaron correlaciones estadísticamente bajas e incluso, sin relación. Estos resultados se pueden deber a que existe una diferencia importante en el constructo que mide cada una. Mientras que el FACIT-TS-PS se basa en medir la satisfacción del paciente con el equipo de salud y en específico, aspectos de la comunicación del paciente con el equipo médico, de enfermería y tratamiento, la sub-escala “Relación con el médico” se basa en el grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante (Riveros et al., 2009), expresándose en preguntas relacionadas a si el paciente disfruta asistir al médico y hablar sobre su enfermedad. Situaciones que durante la aplicación de los instrumentos los pacientes mencionaban alejadas de su realidad, ya que aunque asisten constantemente a los servicios de atención oncológica, no es algo que disfruten.

En el caso de las correlaciones obtenidas con el instrumento INDICAS, indicador de calidad en salud para la toma de decisiones y mejora de los servicios públicos de salud en México perteneciente a la Secretaria de Salud, se identificaron las correlaciones más

altas y estadísticamente significativas que van de .30 a .50, perteneciendo a los factores relacionados con la interacción del personal médico. En este sentido, investigaciones muestran que esta relación es una variable determinante para la satisfacción en general del paciente oncológico con la atención médica. Concordando con lo reportado por Wiggers y sus colaboradores (1990) quienes identificaron una gran importancia en la calidad técnica de la atención médica, las habilidades interpersonales y de comunicación de los médicos como aspectos fundamentales de la satisfacción del paciente.

El Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) en su versión mexicana obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.944 y el 68.24% de la varianza explicada en sus 23 reactivos. Así como alfas de 0.882 a 0.930 en los 4 factores. Dando un total de 26 reactivos al integrarse los 3 ítems individuales que no se incluyen en la sumatoria final para obtener la Satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud. Resultados que muestran las adecuadas propiedades psicométricas del instrumento en su validación para población oncológica mexicana.

Es importante mencionar que el FACIT-TS-PS se basa en la satisfacción con el sistema de entrega de la salud, primer nivel del modelo de jerarquía de niveles de la satisfacción con la salud creado por Shikiar y Rentz (2004). Este nivel es el más general de la jerarquía, por lo que incluye una mayor cantidad de variables que influyen en la percepción del paciente, de las cuales, la interacción con el personal médico, en específico, la comunicación, es un aspecto que determina en gran medida la satisfacción del paciente en este nivel jerárquico. De esta manera, cada nivel de la jerarquía tiene un impacto en los otros dos niveles, por lo que la comunicación de un médico con el

paciente influye negativa o positivamente en la satisfacción con el plan de salud, así como con la medicación (Shikiar & Rentz, 2004).

En este contexto, más allá de conocer la cantidad de la información comunicada al paciente, el FACIT-TS-PS se enfoca en conocer la claridad de dicha comunicación con el personal médico, integrando al personal de enfermería y personal de tratamiento, sectores de la atención médica que interactúan constantemente con los pacientes oncológicos. Por lo cual, es una medida de satisfacción que podrá ser empleado en distintos servicios de atención medica oncológica a nivel nacional, ofreciendo ventajas en comparación con investigaciones realizadas para conocer la satisfacción del paciente en México, dentro de las que se encuentran: a) escala válida y confiable para conocer la satisfacción con el equipo de salud; b) creada y validada en población oncológica; c) se enfoca en conocer la calidad de la comunicación con tres de los principales sectores de la atención médica y d) contempla aspectos de la comunicación relacionados a la información brindada sobre el impacto psicológico y social esperados por la enfermedad. Permitiendo identificar los puntos fuertes de la interacción que se pueden potencializar, así como los puntos que requieren mejorar. Adicionalmente, servir como una medida de resultado de la calidad de la atención médica y/o del tratamiento (Locker & Dunt, 1978; Pascoe, 1983).

Finalmente, es importante mencionar que el FACIT-TS-PS (versión 4) pertenece al sistema de medición FACIT.org, grupo colaborativo de diseño y evaluación de una variedad de cuestionarios que miden la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con enfermedades crónicas, en especial, en el área de la oncología, por lo que su implementación puede ser acompañada de otros módulos específicos que se quiera conocer de acuerdo a la patología oncológica.

Conclusiones

La Fase I de esta investigación obtuvo como resultado que el Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente (FACIT-TS-PS) (versión 4) es una escala multidimensional auto aplicada de 23 reactivos y 3 ítems individuales que no se incluyen en la sumatoria final, la cual, demostró adecuadas propiedades psicométricas en población oncológica mexicana.

Dentro de las posibles explicaciones para los hallazgos psicométricos se identifica que la confianza que otorgan los pacientes oncológicos mexicanos al equipo de salud recayó en la percepción que tienen los pacientes respecto a los conocimientos y habilidades médicas que identifican en el personal médico que los atiende, por lo que la experiencia en la enfermedad, conocimientos de los últimos avances médicos, uso de tecnologías y evaluar el caso de los pacientes para ofrecer un tratamiento detallado y personalizado, son aspectos clave para generar confianza en los pacientes respecto a su atención médica oncológica.

De manera más detallada, el FACIT-TS-PS brinda la posibilidad de conocer la percepción del paciente respecto a la comunicación que se tiene con temas importantes en el ámbito de la oncología, como lo es la explicación de las consecuencias o efectos secundarios de tratamientos, aspectos de la comunicación relacionados a la información brindada sobre el impacto psicológico y social esperados por la enfermedad, experiencia del personal médico para tratar el cáncer, claridad en el entendimiento de explicaciones, confianza, empatía, oportunidad de realizar preguntas durante la consulta y participación activa del paciente en la toma de decisiones respecto a la atención médica.

Finalmente, el FACIT-TS-PS (versión 4) validado en población oncológica mexicana se recomienda ser ocupado en el ámbito clínico y de investigación oncológica. Así como emplearlo para identificar los niveles de satisfacción del paciente con el equipo de salud de la clínica o institución que le atiende, obteniendo una panorámica general de la percepción del paciente sobre temas relevantes como lo son la comunicación que se estable con tres de los principales componentes del sector salud: personal médico, personal de enfermería y personal de tratamiento.

Perspectivas futuras

Se espera que el instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) sea empleado en población clínica mexicana y lograr de esta manera identificar la satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud, así como reconocer qué grupo del equipo médico multidisciplinario oncológico requiere mayor atención para su mejoramiento en la interacción con el paciente.

Se recomienda para estudios futuros evaluar la estabilidad del instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) a lo largo del tiempo. Adicionalmente, observar si en futuras validaciones pertenecientes a diferentes poblaciones o enfermedades crónicas se identifica la unificación del factor *Confianza y confidencial* con el factor *Conocimientos y habilidades médicas* o esta relación es intrínseca de los pacientes oncológicos mexicanos.

Limitaciones

Debido a que en la revisión de la literatura no se encontró un instrumento válido y confiable en población mexicana que mida la variable *Satisfacción del paciente con el equipo de salud*, no se correlacionó el FACIT-TS-PS (versión 4) con otro instrumento que mida el mismo rasgo o similar y obtener de esta manera su validez de criterio

(Sampierier, Fernández & Baptista, 2014). Finalmente, no se encontraron validaciones del FACIT-TS-PS (versión 4) en otros países, por lo que no se pudieron comparar los resultados de esta versión mexicana con otras poblaciones.

Fase II: Niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer

Planteamiento del problema y Justificación

Existen diversos estudios a nivel mundial que identifican que del 15% al 58% de población oncológica presenta niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva y del 10% al 49% en sintomatología ansiosa; prevalencias superiores a las reportadas en población general (Grassi et al., 2004; Henriksson et al., 1995; Maass et al., 2015; Massie, 2004; Pirl, 2004; Stark et al., 2002; van't Spijker et al., 1997; Wu, & Andersen, 2011). Adicionalmente, investigaciones identifican una relación entre la presencia de síntomas ansioso-depresivos con la percepción que el paciente oncológico tiene respecto a la atención médica que recibe (Aass et al., 1997; Bui et al. 2005).

En este contexto, aunque la satisfacción con la atención médica es una variable multidimensional se ha encontrado que la satisfacción generada por cuestiones interpersonales como lo son las habilidades de comunicación, percepción de empatía, confianza y habilidades técnicas del personal médico y/o enfermería, determinan en gran medida la satisfacción global que realiza el paciente oncológico con la atención médica (Essen et al., 2002; Jovell, 2006; Kleeberg et al., 2005; Lis, Rodeghier & Gupta, 2009; Macleod, 1984; Ramírez et al., 1998; Travado et al. 2005; Von Gruenigen et al., 2006; Wiggers et al., 1990; Wright, 2004). No obstante, la mayoría de las investigaciones sobre satisfacción médica realizadas en México (García et al., 1999; Guzmán et al., 2006; Leyva et al., 2002; Ortiz et al., 2003) emplean entrevistas o instrumentos de medición que

difieren del constructo a evaluar en esta investigación y son realizados en población no oncológica.

Es por ello que resulta fundamental la identificación de los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y la satisfacción con el equipo de salud del paciente oncológico, ya que pueden influir negativamente en aspectos de la percepción de apoyo social, calidad de vida, adherencia al tratamiento, tiempo de hospitalización, intensificación de síntomas físicos producto de los tratamientos, peores resultados clínicos y patológicos e inclusive, mayor riesgo de mortalidad (Blasco et al., 2000; Gupta et al., 2014; Hernández et al. 2012; Ong et al, 1995; Rodríguez et al., 2011; Rojas et al., 2017; Söllner, et al., 1999; Travado et al., 2005)

Adicionalmente, identificar los niveles de la satisfacción del paciente con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva es una tarea relevante que ayudará a tener un panorama general de la prevalencia de afectaciones psicológicas y conocer la percepción del paciente con la atención médica brindada en el Instituto Nacional de Cancerología, instituto que en el 2014 tuvo un registro total de 100, 806 consultas; 2, 031 cirugías y la aplicación de 21,455 tratamientos con quimioterapia y 30,163 con radioterapia, datos que dan cuenta de la demanda que tiene para tratar el cáncer en México.

Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con cáncer?

Objetivo general

Determinar si existen diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con cáncer.

Objetivos Específicos

- 1) Describir los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en salas funcionales de mama, urología, cabeza y cuello gastroenterología, piel y partes blandas, pulmón, hematología y ginecología.
- 2) Identificar diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre variables sociodemográficas.
- 3) Identificar diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre variables clínicas.
- 4) Identificar diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre las salas funcionales de mama, urología, gastroenterología, piel y partes blandas, pulmón, hematología y ginecología.

Hipótesis

- 1) Existirán niveles altos en la satisfacción con el equipo de salud y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva serán mayores que los reportados en población general en salas funcionales de mama, urología, gastroenterología, piel y partes blandas, pulmón, hematología y ginecología.

- 2) Existirán diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre variables sociodemográficas.
- 3) Existirán diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre variables clínicas.
- 4) Existirán diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre las salas funcionales de mama, urología, gastroenterología, piel y partes blandas, pulmón, hematología y ginecología

Variables

Tabla 13. Definición de las variables Fase II

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Satisfacción del paciente con el equipo de salud	Medida en que las experiencias de atención médica de un individuo coinciden con sus expectativas (Bredart et al., 2005)	Se identificó la variable de satisfacción del paciente con el equipo de salud con base a las respuestas del Instrumento FACIT-TS-PS (versión 4) validada por Hernández et al. (2019) en población oncológica mexicana. Con rangos de puntuación de cada sub-escala: 0-33 Comunicación con el médico 0-12 Comunicación con el personal de tratamiento 0-15 Conocimientos médicos y confianza 0-9 Comunicación con el personal de enfermería
Sintomatología ansiosa	Se define como la anticipación aprensiva de amenaza o daño futuro acompañado de sentimiento de inquietud o síntomas somáticos de tensión. El foco de daño anticipado puede ser interno o externo (American Psychiatric Association, 1994).	Se identificó los síntomas de ansiedad con base a las respuestas de la sub escala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) validada por Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana. Con puntos de cohorte: 0-5 sin ansiedad 6-8 ansiedad leve 9-11 ansiedad moderada ≥12 ansiedad grave

Sintomatología depresiva	Disminución del estado de ánimo habitual que refleja tristeza, desesperanza y falta de motivación, acompañada con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (American Psychiatric Association, 1994).	Se identificó los síntomas de depresión con base a las respuestas de la sub escala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) validada por Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana. Con puntos de cohorte: 0-5 sin depresión 6-8 depresión leve 9-11 depresión moderada ≥12 depresión grave
--------------------------	---	--

Muestreo

Los participantes se eligieron mediante un muestreo por conveniencia (Sampierier et al., 2014).; 101 pacientes del área funcional de mama, 37 pacientes del área funcional de urología, 31 pacientes del área funcional de gastroenterología, 37 participantes del área funcional de piel y partes blandas, 36 participantes del área funcional de pulmón, 30 participantes del área funcional de hematología, 48 participantes del área funcional de ginecología, 24 del área funcional de cabeza y cuello y 9 de otras áreas funcionales, dando un total de 353 participantes del INCan.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer
- En cualquier tipo de tratamiento o periodo de seguimiento
- Saber leer y escribir

Criterios de exclusión

- Deterioro cognitivo que le impida contestar las encuestas
- Deficiencia visual o auditiva severa

Criterios de eliminación

- Que durante el llenado de los instrumentos el participante desee abandonar el estudio.

Tipo de Estudio

Comparativo, transversal (Babbie, 2000).

Instrumentos

Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para Enfermedades Crónicas - Satisfacción con el Tratamiento - Satisfacción del Paciente (FACIT-TS-PS, por sus siglas en inglés) (versión 4), desarrollado por Peipert et al., (2014) para medir la satisfacción paciente con el equipo de salud y validado por Hernández et al. (2019) en población oncológica mexicana, es una escala multidimensional auto aplicada conformada por 23 reactivos distribuidos en 4 factores: Comunicación con el médico con alfa de Cronbach de 0.93 y varianza explicada de 24.87% (11 reactivos); Conocimientos médicos y confianza con alfa de Cronbach de 0.88 y varianza explicada de 17.79% (5 reactivos); Comunicación con el personal de tratamiento con alfa de Cronbach de 0.89 y varianza explicada de 14.19% (4 reactivos), Comunicación con el personal de enfermería con alfa de Cronbach de 0.89 y varianza explicada de 11.37% (3 reactivos) y 3 reactivos individuales que no se incluyen en la sumatoria final, dando un total de 26 reactivos. El

alfa de Cronbach global, con 23 reactivos, alcanzó 0.944 y el 68.24% de la varianza, en su versión mexicana. Es una escala que se puede contestar en 10 minutos (apéndice 9).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS por sus siglas en inglés) desarrollado por Zigmond & Snaith, (1983) y validado en México con pacientes oncológicos por Galindo et al., (2015) es un instrumento que mide sintomatología ansiosa y depresiva. La sub-escala de ansiedad (6 reactivos) tiene un alfa de Cronbach de 0.79 y una varianza explicada de 36.55%, en tanto que la sub-escala de depresión (6 reactivos) un alfa de Cronbach de 0.80 y varianza explicada de 11.49%. El alfa de Cronbach global, con 12 reactivos, alcanzó 0.86 y el 48.04% de la varianza, en su versión mexicana (apéndice 3).

Se incluyó una cédula de identificación del participante, la cual recabó variables clínicas y sociodemográficas, para revisar dichos datos se empleó el programa INCAnet, base de datos que contiene los expedientes de los pacientes del INCan (apéndice 4).

Análisis estadísticos

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

Se recodificó la sumatoria total del FACIT-TS-PS (versión 4) (Comunicación con el médico, Conocimientos médicos y confianza, Comunicación con el personal de tratamiento y Comunicación con el personal de enfermería) dividiéndose por cuartiles (47, 60, 67) con el objetivo de obtener niveles de la satisfacción del paciente con el

equipo de salud (Baja Satisfacción, Moderada Satisfacción y Alta Satisfacción), ya que el instrumento no cuenta con puntos de cohorte. Las variables de ansiedad y depresión fueron colocadas de acuerdo con los puntos de cohorte reportados en la validación en pacientes con cáncer mexicanos.

Para comparar los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva entre las diversas unidades funcionales se empleó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Para comparar los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión entre variables sociodemográficas y clínicas se emplearon las pruebas Chi cuadrado, U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados

Se incluyeron 353 pacientes de las unidades funcionales de mama, ginecología, gastroenterología, hematología, urología, cabeza y cuello, piel y partes blandas y pulmón pertenecientes al Instituto Nacional de Cancerología, en un periodo de dos meses. En la Tabla 14 se hace una descripción de los participantes.

Tabla 14. Descripción de los participantes

	f	%		f	%
N	353	100%	Paternidad		
Edad: 17-92			Si	251	71%
Media= 46			No	102	29%
Sexo			Número de hijo(a)s		
Mujer	224	63%	1 hijo	54	15%
Hombre	129	36%	2 hijos	109	31%
Estado civil			3 hijos	53	15%
Soltero(a)	124	35%	4 o más hijos	35	10%
Casado(a)	150	42%	Ocupación		
Unión libre	41	12%	Empleado(a)	83	23%
Otro (viudo, divorciado)	38	11%	Autoempleado(a)	51	14%
Comorbilidad			Desempleado(a)	81	23%
Si	94	27%	Hogar	117	33%
No	259	73%	Otro	21	6%
Tipo de comorbilidad			Nivel de estudios		
Diabetes	24	7%	Ninguno	7	2%
Hipertensión	21	6%	Primaria	48	14%
Combinación	17	5%	Secundaria	78	22%
VIH	8	2%	Preparatoria	105	30%
Otro	24	7%	Licenciatura	90	25%
Lugar de residencia			Posgrado	25	7%
Ciudad de México	167	47%	Otro	2	1%
Interior de la República	186	53%	Horas que permanece en el hospital		
Horas de traslado al hospital			1 hora	31	9%
1 o 2 horas	212	60%	2 horas	63	18%
3 o 4 horas	78	22%	3 horas	79	22%
5 o más horas	63	18%	4 horas	79	22%
Evaluación de apoyo social			5 horas	44	12%
Bajo apoyo social	60	17%	6 o más horas	57	16%
Mediano apoyo social	111	31%	Nivel socioeconómico		
Alto apoyo social	182	52%	Nivel 1	58	16%

Karnofsky			Nivel 2	138	39%
100	157	44%	Nivel 3	109	31%
90	164	46%	Nivel 4	20	6%
80 - 60	32	9%	Nivel 5	6	2%
ECOG			Nivel 6	22	6%
1	337	95%	Diagnóstico		
2 - 3	16	4%	Mama	101	29%
Estadio			Testículo	28	8%
Estadio I	55	16%	Próstata	9	2%
Estadio II	68	19%	Gastrointestinal	31	9%
Estadio III	86	24%	Pulmón	36	10%
Estadio IV	80	23%	Sarcoma	21	6%
Sin estadio	64	18%	Melanoma	16	4%
Tratamiento			Endometrio	11	3%
Periodo de seguimiento	93	26%	Cervicouterino	13	4%
Quimioterapia	80	23%	Linfoma	12	4%
Cirugía	51	14%	Cuello uterino	6	2%
Radioterapia	35	10%	Ovario	18	5%
Combinación Qt – cirugía – Rt	55	16%	Cabeza y cuello	24	7%
Otro (hormonoterapia, inmunoterapia, etc)	39	11%	Leucemia	18	5%
			Otro	9	2%

En general, la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas se agrupan de la siguiente manera: edad de 46(36-56), 63% son mujeres, 54% de los pacientes tiene pareja, 30% tienen estudios de preparatoria, 56% está inactivo económicamente, 53% provenía del interior de la república, 71% tiene hijo(a)s, 73% no presenta comorbilidad, 24% se encuentra en estadio III, 55% tenía un nivel socioeconómico bajo, 26% se encuentra en periodo de seguimiento, 47% recibe un tratamiento, 16% recibe dos o más tratamientos, 46% tenía karnofsky de 90 y 95% tenía

ECOG de 1. Al menos un 51% de pacientes tiene una baja satisfacción con el personal de salud, 62% de ellos presentó ansiedad moderada a grave y 60% no tiene depresión o depresión leve. En general, las medianas y (percentil 25-percentil 75) de las puntuaciones de las variables fueron: satisfacción 60(47-67), ansiedad 9(8-12) y depresión 8(6-10).

Descripción de los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión por unidad funcional

A continuación, se muestran las unidades funcionales con mayor y menor nivel de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva, así como los porcentajes generales de cada variable.

Satisfacción del paciente con el equipo de salud: Las unidades funcionales de gastroenterología y pulmón presentan un 39% de alta satisfacción con el equipo de salud, porcentajes superiores a los obtenidos en otras unidades funcionales. Por el contrario, la unidad funcional con menor satisfacción fue la unidad de mama con un 41% de baja satisfacción. En general, 46% de los participantes de esta investigación obtuvo una moderada satisfacción con el equipo de salud.

Sintomatología ansiosa: Las unidades funcionales con mayor nivel de sintomatología ansiosa (moderada a grave) fueron las unidades de hematología con 70% y urología con 68%. Por el contrario, las unidades funcionales con un menor nivel de sintomatología ansiosa (sin presencia y leve) fueron las unidades de pulmón con 55% y cabeza y cuello con 46%. En general, 32% de los participantes de esta investigación presentó ansiedad moderada.

Sintomatología depresiva: Las unidades funcionales con mayor nivel de sintomatología depresiva (moderada a grave) fueron las unidades de cabeza y cuello y ginecología con 46% ambas unidades. Por el contrario, las unidades funcionales con menor nivel de sintomatología depresiva (sin presencia y leve) fueron las unidades de pulmón con 67% y piel y partes blandas con 65% En general, 32% de los participantes de esta investigación presentó depresión leve.

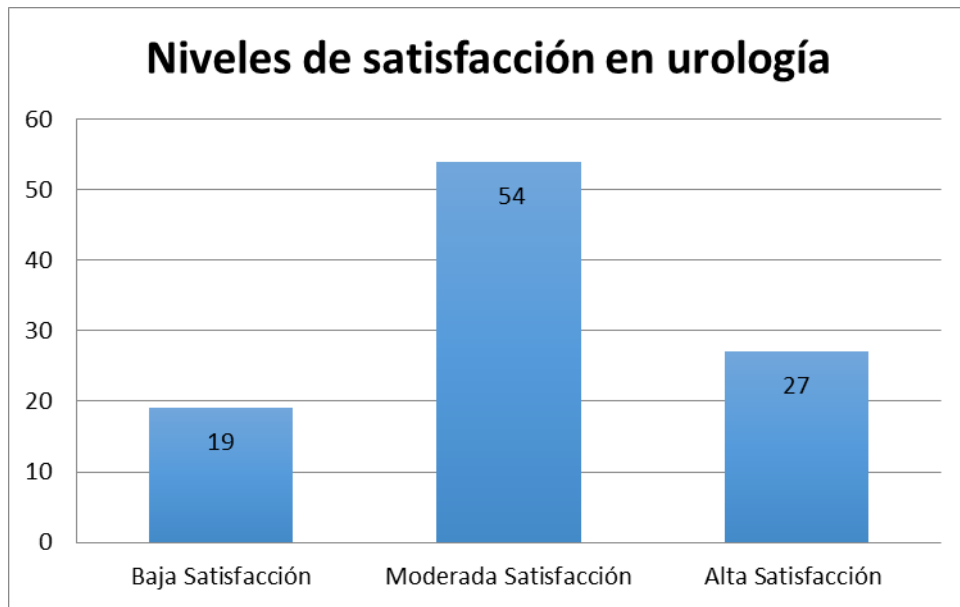


Figura 3. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Urología (n=37).

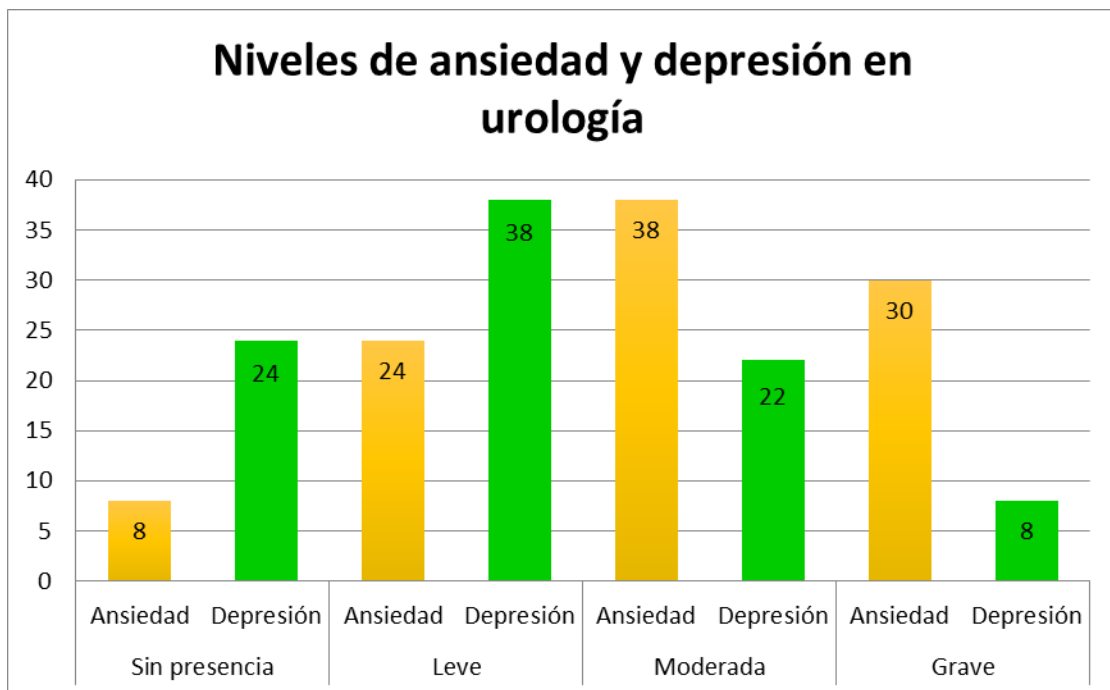


Figura 4. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Urología (n=37).

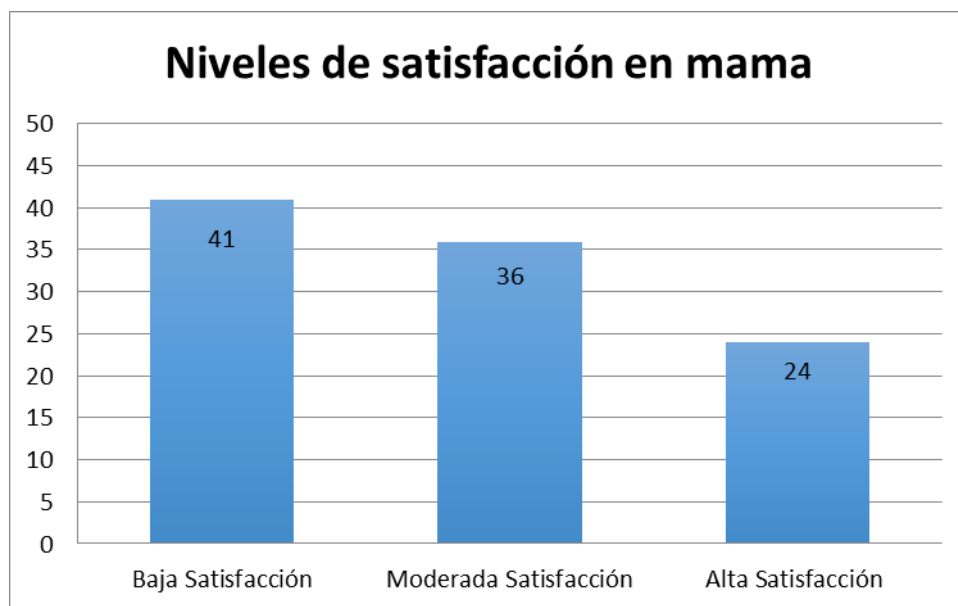


Figura 5. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Mama (n=101).

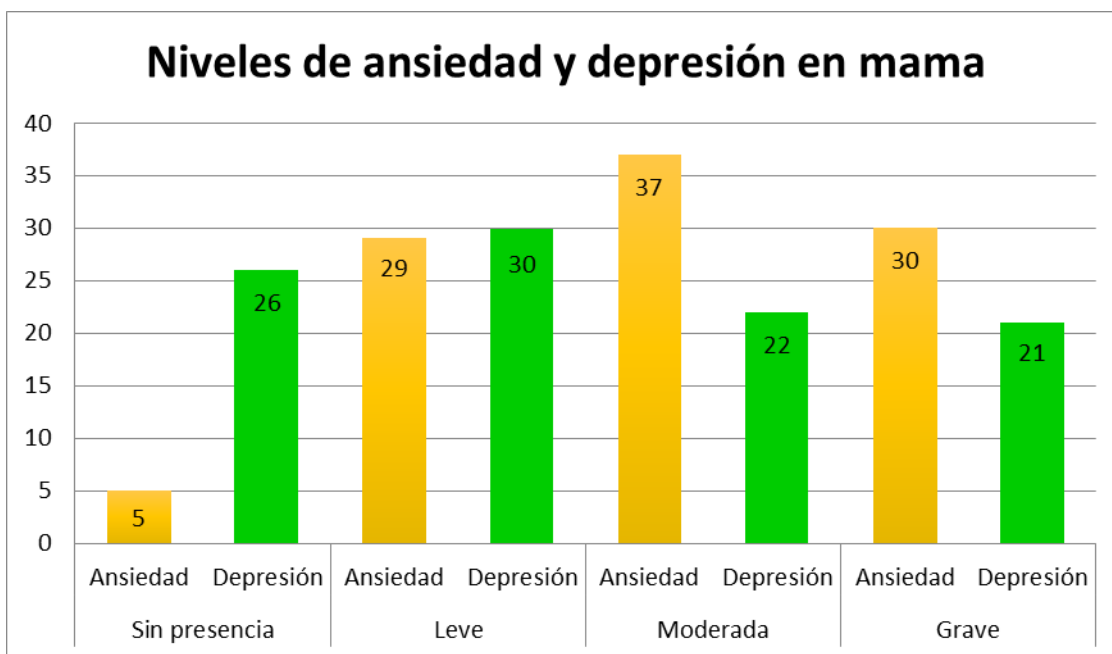


Figura 6. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Mama (n=101).

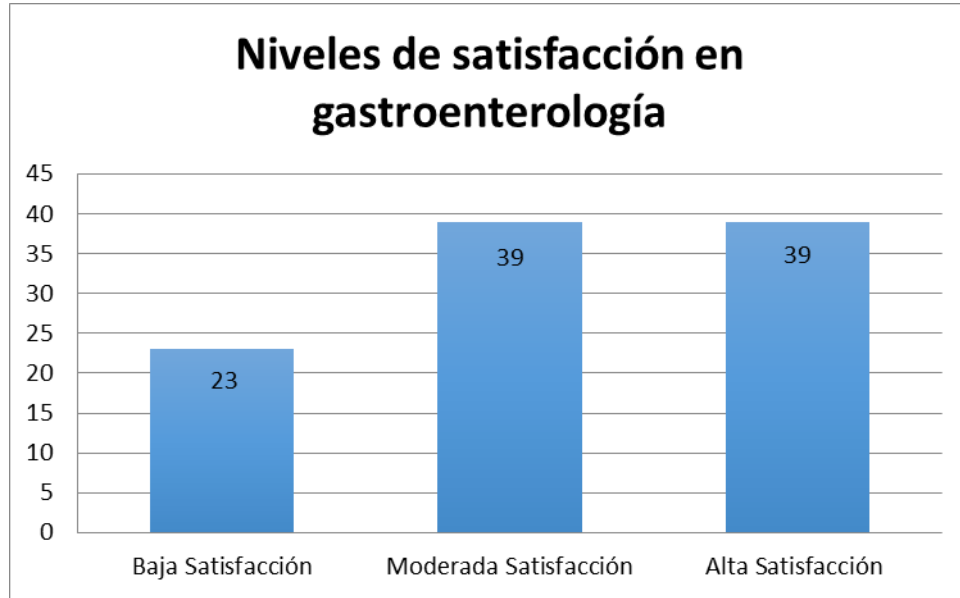


Figura 7. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Gastroenterología (n=31).

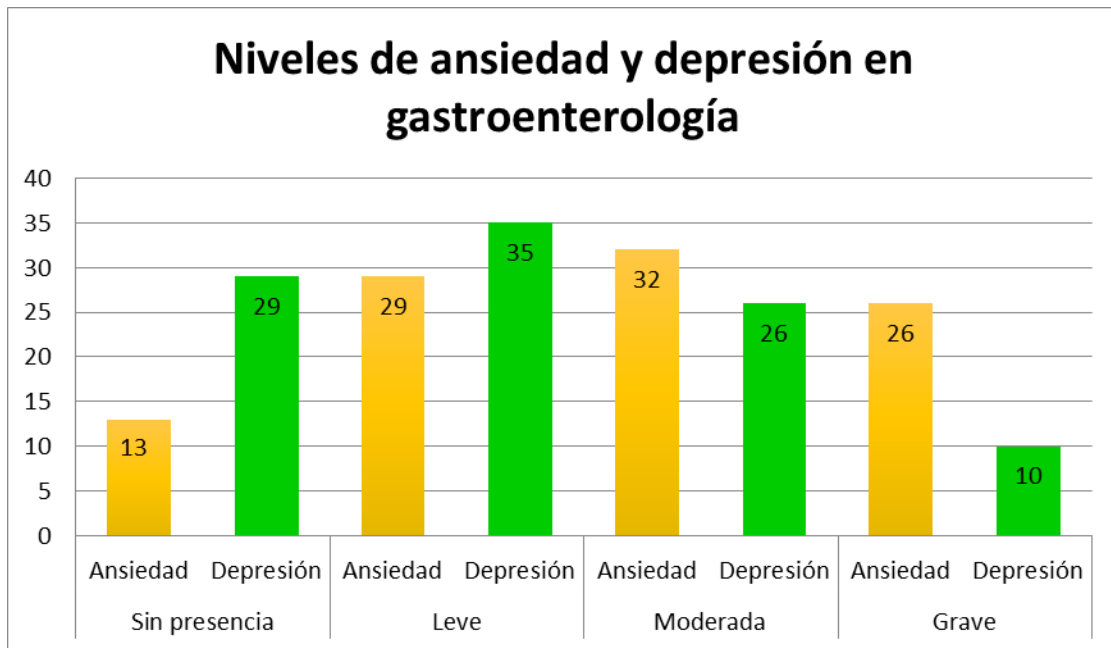


Figura 8. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Gastroenterología (n=31).

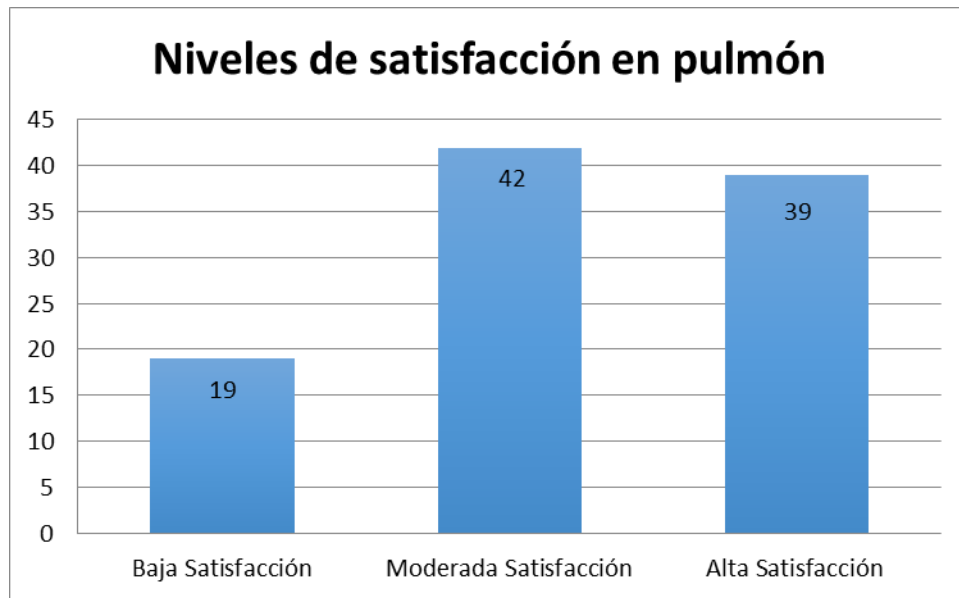


Figura 9. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Pulmón (n=36).

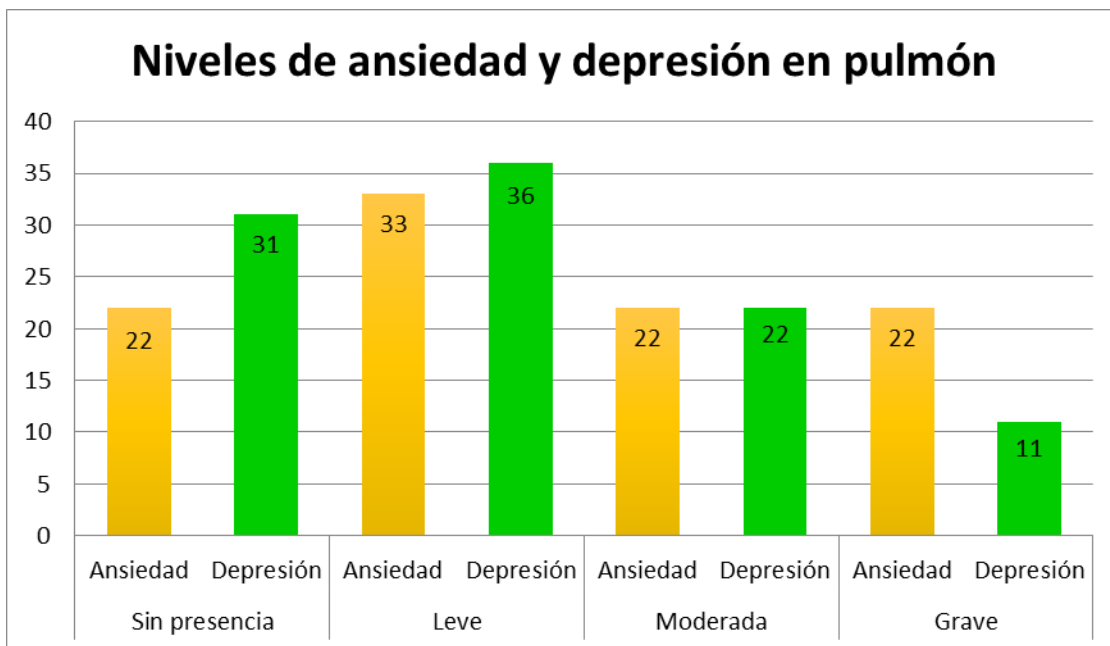


Figura 10. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Pulmón (n=36).

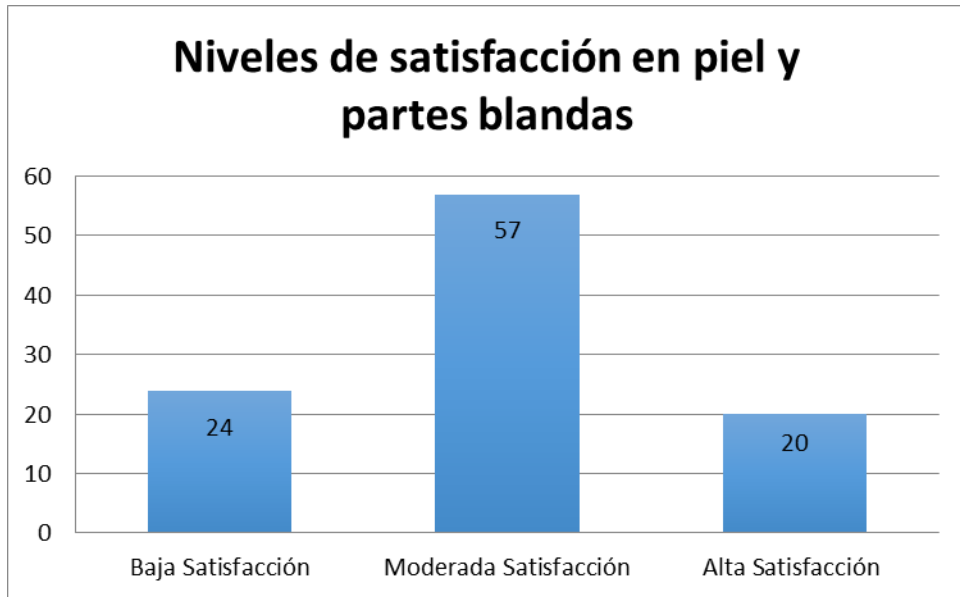


Figura 11. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Piel y Partes blandas (n=37).

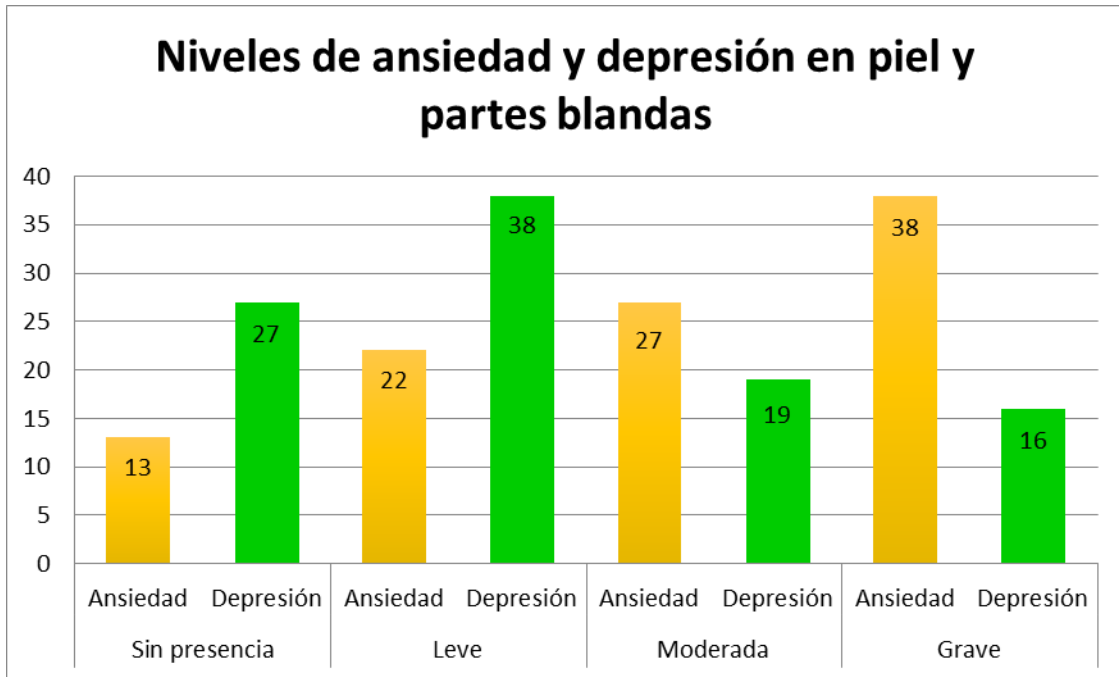


Figura 12. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Piel y Partes blandas (n=37).

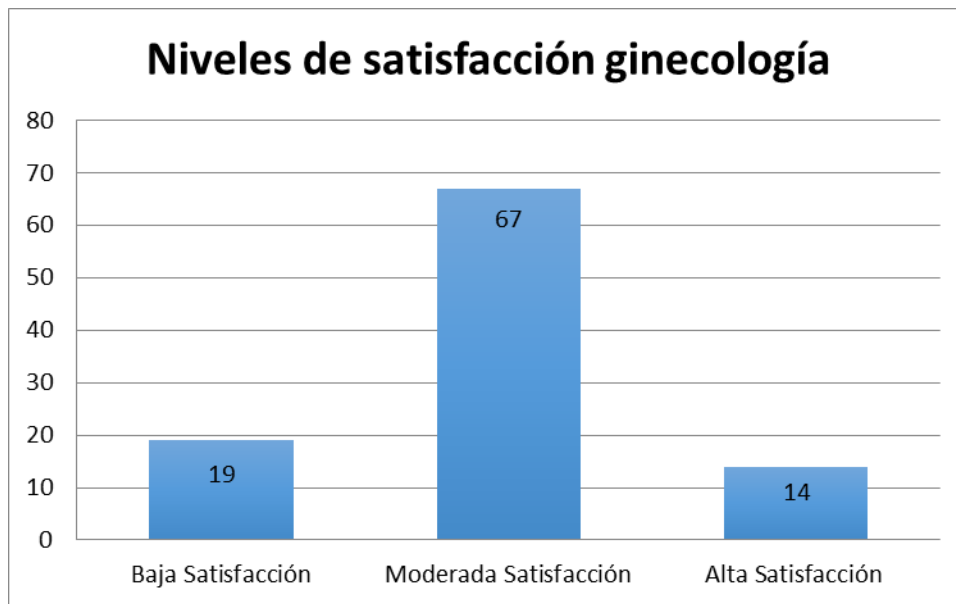


Figura 13. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Ginecología (n=48).

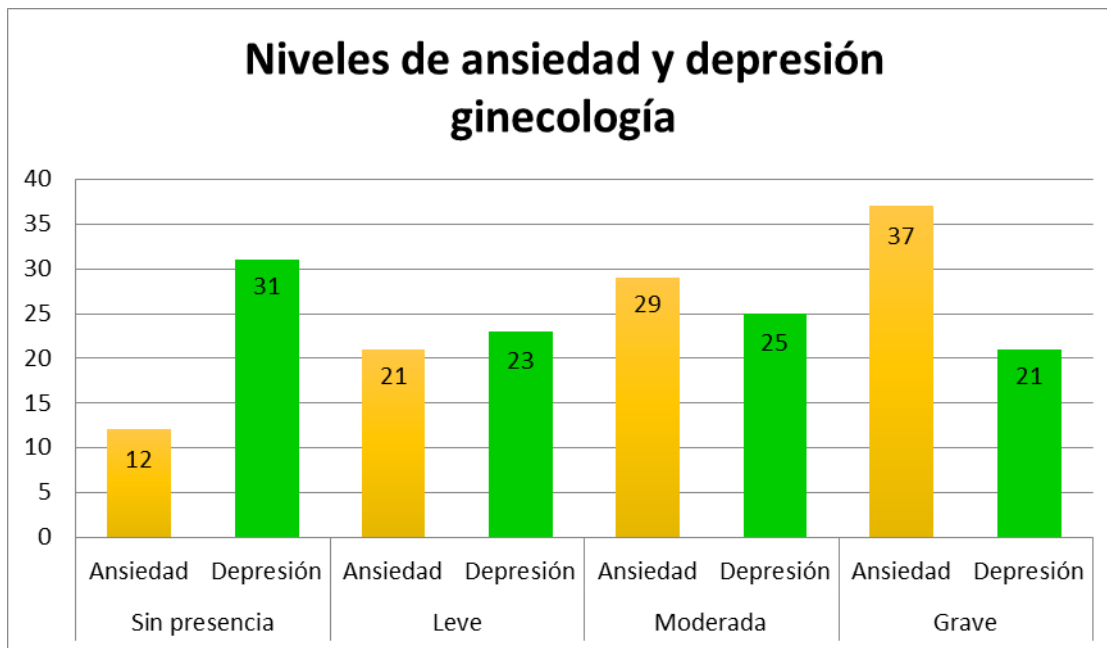


Figura 14. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Ginecología (n=48).

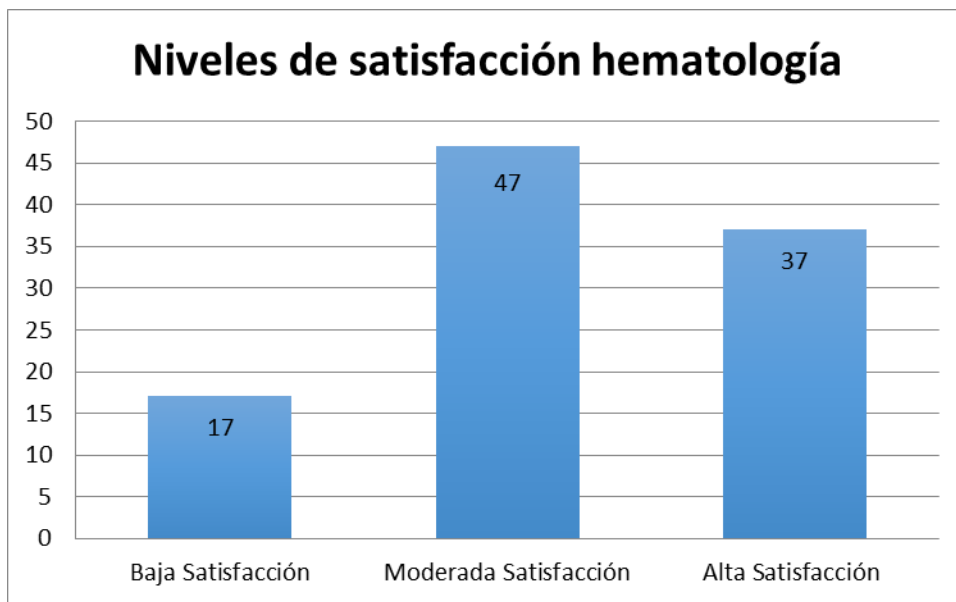


Figura 15. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Hematología (n=30).

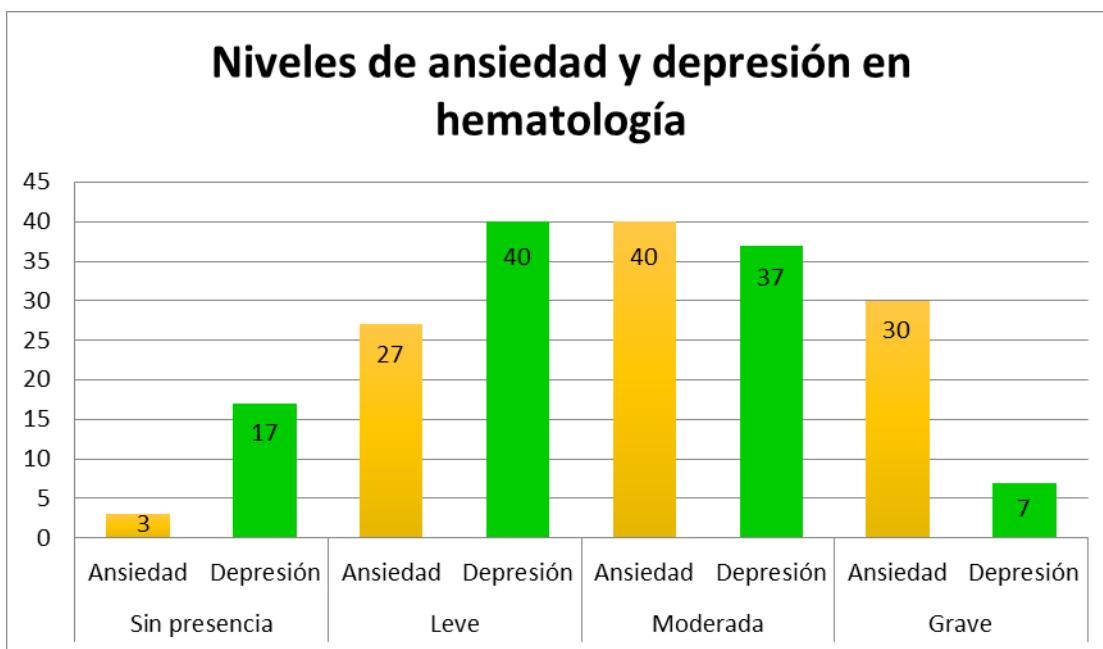


Figura 16. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Hematología (n=30).

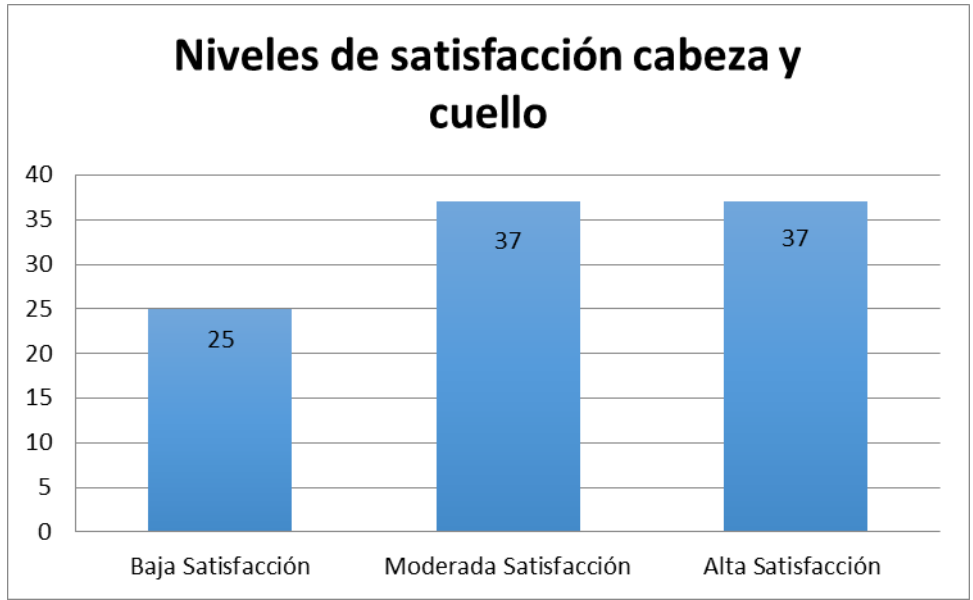


Figura 17. Porcentaje de satisfacción del paciente con el equipo de salud en la Unidad funcional de Cabeza y Cuello (n=30).

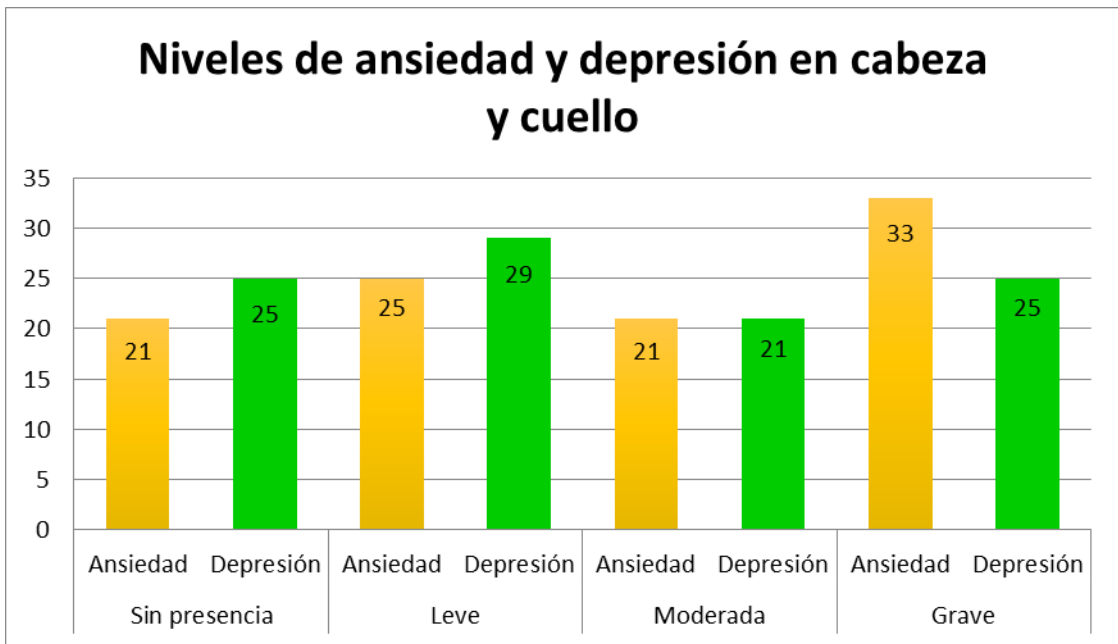


Figura 18. Porcentajes de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de la Unidad funcional de Cabeza y Cuello (n=30).

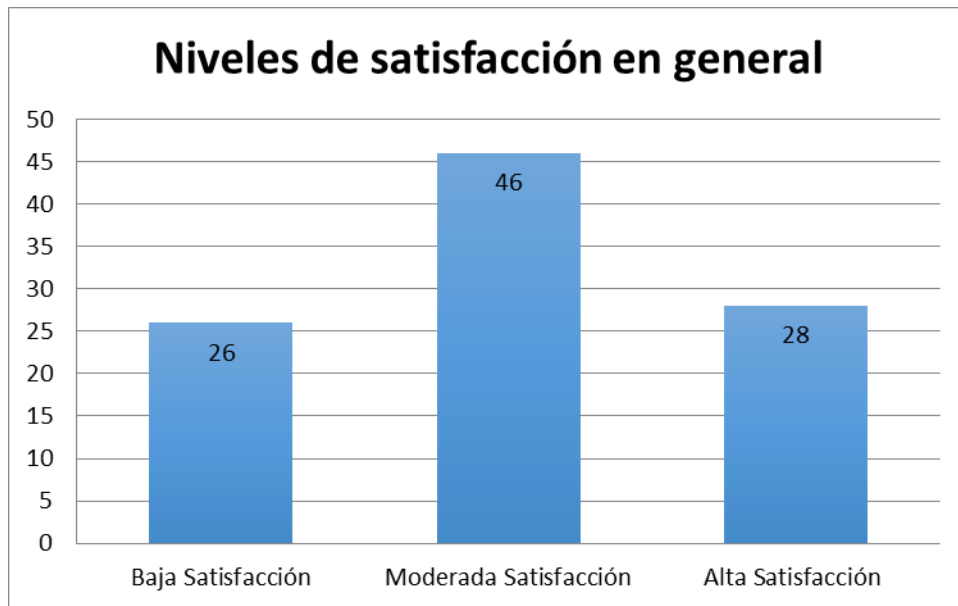


Figura 19. Porcentaje total de la satisfacción con el equipo de salud en 353 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología

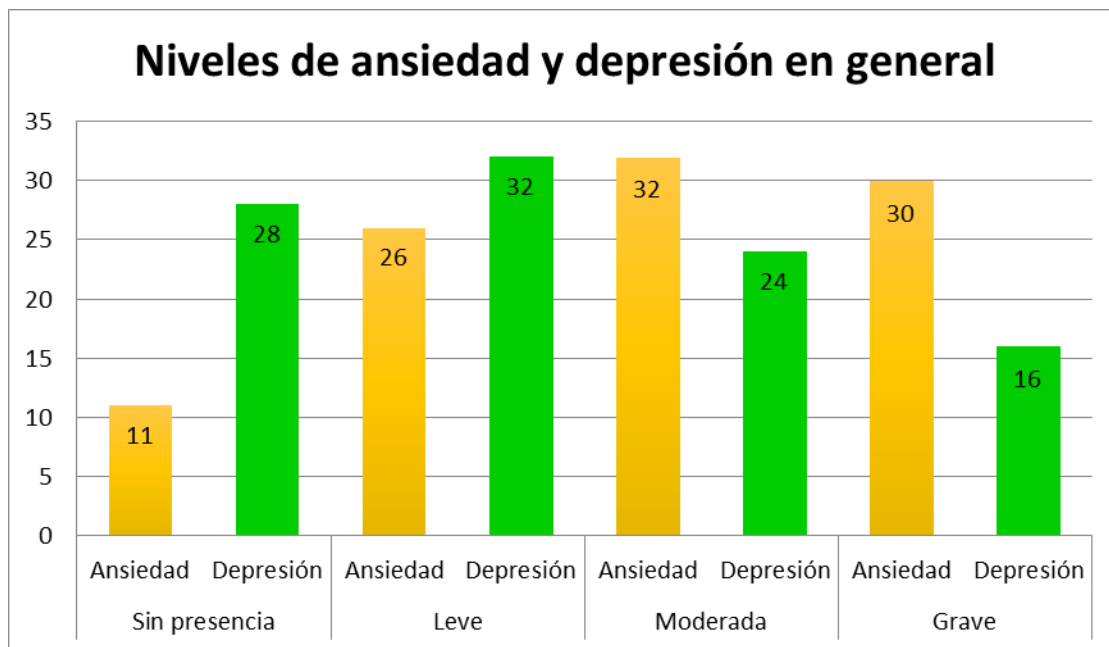


Figura 20. Porcentajes totales de sintomatología ansiosa y depresiva en 353 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología

Comparación de las variables de estudio entre variables clínicas y sociodemográficas

Como se muestra en la Tabla 15 el análisis bivariado de la variable de satisfacción con el equipo de salud (baja y alta satisfacción) entre las variables clínicas y sociodemográficas indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción con el equipo de salud por sexo ($z = -2.159, p < .05$) presentando las mujeres ($Md = 1$) un menor nivel de satisfacción que los hombres ($Md = 2$); por evaluación de apoyo social ($X^2(2) = 6.876, p < .05$) presentando una mayor satisfacción los pacientes con una alta evaluación de apoyo social ($Md = 2$) a diferencia de las pacientes con baja y mediana evaluación de apoyo social ($Md = 1$); por sintomatología depresiva ($X^2(3) = 21.754, p < .01$) presentando una mayor satisfacción con el equipo de salud los pacientes sin depresión ($Md = 2$) que los pacientes con depresión leve, moderada y grave ($Md = 1$); y por sintomatología ansiosa ($X^2(3) = 13.136, p < .01$) presentando una menor satisfacción con el equipo de salud los pacientes con ansiedad grave ($Md = 1$) que los pacientes sin ansiedad, ansiedad leve y moderada ($Md = 2$).

El análisis bivariado de la variable de ansiedad (sin ansiedad o leve y ansiedad moderada a grave) entre las variables clínicas y sociodemográficas (ver Tabla 16) indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sintomatología ansiosa por ECOG ($z = -2.124, p < .05$) presentando mayor sintomatología ansiosa los pacientes con ECOG de 1 ($Md = 2$) que los pacientes con ECOG de 2 y 3 ($Md = 2$); por Karnofsky ($X^2(2) = 6.152, p < .05$) presentando mayor sintomatología ansiosa los pacientes con un Karnofsky de 90 ($Md = 2$) que los pacientes con un Karnofsky de 100, 80-60 ($Md = 2$); por tipo de comorbilidad ($z = -2.037, p < .05$) presentando menor

sintomatología ansiosa los pacientes con diabetes / hipertensión o ambas ($Md= 2$) que los pacientes con otro tipo de enfermedad (VIH, hipotiroidismo, asma) como comorbilidad ($Md= 2$); por sintomatología depresiva ($X^2(1)= 27.633, p <.01$) presentando menor sintomatología ansiosa los pacientes con sin sintomatología depresiva ($Md= 1$) que los pacientes con sintomatología depresiva leve, moderada y grave ($Md= 2$).

Adicionalmente, el análisis bivariado de la variable de depresión (sin depresión o leve y depresión moderada a grave) entre las variables clínicas y sociodemográficas (ver Tabla 17) indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de sintomatología depresiva por Karnofsky ($X^2(2)= 14.932, p <.01$) presentando mayor sintomatología depresiva los pacientes con karnofsky de 80-60 ($Md= 2$) que los pacientes con un karnofsky de 90 y 100 ($Md= 1$); por evaluación de apoyo social ($X^2(2)= 13.939, p <.01$) presentando menor sintomatología depresiva los pacientes que percibían tener un alto apoyo social ($Md= 1$) que los pacientes que percibían tener un bajo ($Md= 1.50$) y mediano apoyo social ($Md= 2$); por sintomatología ansiosa ($X^2(3)= 51.985, p <.01$) presentando mayor sintomatología depresiva los pacientes con sintomatología ansiosa grave ($Md= 2$) que los pacientes sin sintomatología ansiosa, ansiedad leve y moderada ($Md= 1$); por horas que se permanece en el hospital ($X^2(5)= 11.984, p <.05$) presentando mayor sintomatología depresiva los pacientes que permanecen 5, 6 o más horas en el hospital ($Md= 2$) que los pacientes que permanecen 1, 2 o 3 horas en el hospital ($Md= 1$).

Tabla 15. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes con baja y alta satisfacción con el equipo de salud (N=353). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

		Satisfacción con el equipo de salud (Puntuación FACIT-TS-PS Total)		Valor p
		Baja < 60 puntos (N=180)	Alta ≥60 puntos (N=173)	
Edad (años)		47(37-55)	47(34-56)	.419
Sexo				.031
	Mujer	124 (69)	100 (58)	
	Hombre	56 (31)	73 (42)	
Escolaridad				.165
	Básica	69 (38)	64 (37)	
	Media	46 (26)	59 (34)	
	Superior	65 (36)	50 (29)	
Estado civil				.573
	Soltero (a)	61 (34)	63 (36)	
	Casado (a)	74 (41)	76 (44)	
	Unión libre	25 (14)	16 (9)	
	Otro (viudo(a), divorciado(a))	20 (11)	18 (10)	
Lugar de residencia				.302
	Ciudad de México	90 (50)	77 (44)	
	Interior de la república	90 (50)	96 (55)	
Horas de traslado al hospital				.397
	1 o 2 horas	105 (58)	107 (62)	
	3 o 4 horas	38 (21)	40 (23)	
	5 o más horas	37 (21)	26 (15)	
Nivel económico				.581
	Bajo	95 (53)	101 (58)	
	Medio	75 (42)	54 (31)	
	Alto	10 (6)	18 (10)	
Ocupación				.286
	Empleado(a)	43 (24)	40 (23)	
	Autoempleado(a)	28 (16)	23 (13)	
	Desempleado(a)	40 (22)	41 (24)	
	Hogar	63 (35)	54 (31)	
	Otro (jubilado(a), estudiante)	6 (3)	15 (9)	
Paternidad/maternidad				.998
	Si	128 (71)	123 (71)	
	No	52 (29)	50 (29)	
Número de hijos				.565
	1 hijo	31 (24)	23 (19)	
	2 hijos	57 (44)	52 (42)	
	3 hijos	24 (19)	29 (24)	
	4 o más hijos	16 (12)	19 (15)	

Continuación Tabla 15. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes con baja y alta satisfacción con el equipo de salud.

Etapa clínica				.118
	I	31 (17)	24 (14)	
	II	37 (21)	31 (18)	
	III	46 (26)	40 (23)	
	IV	37 (21)	43 (25)	
	No estadificado	29 (16)	35 (20)	
Tratamientos				.491
	Periodo de seguimiento	51 (28)	42 (24)	
	Quimioterapia	41 (23)	39 (22)	
	Cirugía	29 (16)	22 (13)	
	Radioterapia	19 (11)	16 (9)	
	Combinación quimioterapia-cirugía-radioterapia	22 (12)	33 (19)	
	Otro (hormonoterapia, inmunoterapia)	18 (10)	21 (12)	
ECOG				.270
	1	174 (97)	163 (94)	
	2 - 3	6 (3)	10 (6)	
Karnofsky				.917
	100	82 (46)	75 (43)	
	90	82 (46)	82 (47)	
	80-60	16 (9)	16 (9)	
Comorbilidad				.797
	Si	50 (27)	45 (26)	
	No	131 (73)	128 (74)	
Tipo de comorbilidad				.245
	Diabetes /hipertensión o ambas	35 (71)	27 (60)	
	Otras (VIH, hipotiroidismo, asma)	14 (29)	18 (40)	
Percepción de apoyo social				.032
	Bajo apoyo social	39 (22)	21 (12)	
	Mediano apoyo social	58 (32)	53 (31)	
	Alto apoyo social	83 (46)	99 (57)	
Depresión				<.001
	Sin depresión	33 (18)	66 (38)	
	Leve	57 (32)	55 (32)	
	Moderada	52 (29)	34 (20)	
	Grave	38 (21)	18 (10)	
Ansiedad				.004
	Sin ansiedad	15 (8)	25 (14)	
	Leve	40 (22)	53 (31)	
	Moderada	56 (31)	57 (33)	
	Grave	69 (38)	38 (22)	
Horas que permanece en el hospital				.271
	1 hora	13 (7)	18 (10)	
	2 horas	25 (14)	38 (22)	
	3 horas	43 (24)	36 (21)	
	4 horas	41 (23)	38 (22)	
	5 horas	26 (14)	18 (10)	
	6 o más horas	32 (18)	25 (14)	

Tabla 16. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin ansiedad o leve y ansiedad moderada a grave (N=353). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

	Sintomatología ansiosa (Puntuación HADS)		Valor p
	Sin ansiedad o leve < 8 puntos (N=211)	Ansiedad moderada a grave ≥9 puntos (N=142)	
Edad (años)	47(36-58)	46(36-53)	.404
Sexo			.218
	Mujer	79(59)	145 (66)
	Hombre	54 (41)	75 (34)
Escolaridad			.188
	Básica	55 (41)	78 (35)
	Media	32 (24)	73 (33)
	Superior	46 (35)	69 (32)
Estado civil			.353
	Soltero (a)	44 (33)	80 (36)
	Casado (a)	64 (48)	86 (39)
	Unión libre	12 (9)	29 (13)
	Otro (viudo(a), divorciado(a))	13 (10)	25 (11)
Lugar de residencia			.120
	Ciudad de México	70 (53)	97 (44)
	Interior de la república	63 (47)	123 (56)
Horas de traslado al hospital			.456
	1 o 2 horas	85 (64)	127 (58)
	3 o 4 horas	28 (21)	50 (23)
	5 o más horas	20 (15)	43 (19)
Nivel económico			.060
	Bajo	67 (50)	129 (59)
	Medio	50 (38)	79 (36)
	Alto	16 (12)	12 (5)
Ocupación			.375
	Empleado(a)	35 (26)	48 (22)
	Autoempleado(a)	21 (16)	30 (14)
	Desempleado(a)	26 (19)	55 (25)
	Hogar	38 (29)	79 (36)
	Otro (jubilado(a), estudiante)	13 (10)	8 (4)
Paternidad/maternidad			.072
	Si	102 (77)	149 (68)
	No	31 (23)	71 (32)
Número de hijos			.784
	1 hijo	19 (19)	35 (23)
	2 hijos	45 (44)	64 (43)
	3 hijos	22 (22)	31 (21)
	4 o más hijos	16 (16)	19 (13)

Continuación Tabla 16. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin ansiedad o leve y ansiedad moderada a grave.

Etapa clínica				.743
	I	17 (13)	38 (17)	
	II	29 (22)	39 (18)	
	III	33 (25)	53 (24)	
	IV	29 (22)	51 (23)	
	No estadificado	25 (19)	39 (18)	
Tratamientos				.345
	Periodo de seguimiento	32 (24)	61 (28)	
	Quimioterapia	29 (22)	51 (23)	
	Cirugía	19 (14)	32 (14)	
	Radioterapia	18 (13)	17 (8)	
	Combinación quimioterapia-cirugía-radioterapia	24 (18)	31 (14)	
	Otro (hormonoterapia, inmunoterapia)	11 (8)	28 (13)	
ECOG				.034
	1	131 (98)	206 (93)	
	2 - 3	2 (1)	14 (6)	
Karnofsky				.046
	100	66 (50)	91 (41)	
	90	61 (46)	103 (41)	
	80-60	6 (4)	26 (12)	
Comorbilidad				.694
	Si	37 (27)	57 (26)	
	No	96 (73)	163 (74)	
Tipo de comorbilidad				.042
	Diabetes /hipertensión o ambas	29 (78)	33 (58)	
	Otras (VIH, hipotiroidismo, asma)	8 (22)	24 (42)	
Percepción de apoyo social				.061
	Bajo apoyo social	67 (50)	129 (59)	
	Mediano apoyo social	50 (38)	79 (36)	
	Alto apoyo social	16 (12)	12 (5)	
Depresión				<.001
	Sin depresión	58 (44)	41 (19)	
	Leve	45 (34)	67 (30)	
	Moderada	24 (18)	62 (28)	
	Grave	6 (4)	50 (23)	
Horas que permanece en el hospital				.283
	1 hora	13 (48)	18 (8)	
	2 horas	29 (59)	34 (15)	
	3 horas	27 (20)	52 (24)	
	4 horas	33 (25)	46 (21)	
	5 horas	11 (8)	33 (17)	
	6 o más horas	20 (15)	37 (17)	

Tabla 17. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin depresión o leve y depresión moderada a grave (N=353). Los datos se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes, medianas o rango intercuartilar. La comparación entre grupos se hizo mediante Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney.

	Sintomatología depresiva (Puntuación HADS)		Valor p
	Sin depresión o leve < 8 puntos (N=133)	Depresión moderada a grave ≥9 puntos (N=220)	
Edad (años)	50(40-61)	45(34-54)	.574
Sexo			.075
	Mujer	126 (60)	98 (69)
	Hombre	85 (40)	44 (31)
Escolaridad			.338
	Básica	75 (35)	58 (41)
	Media	61 (29)	44 (31)
	Superior	75 (36)	40 (28)
Estado civil			.454
	Soltero (a)	67 (32)	57 (40)
	Casado (a)	94 (44)	56 (39)
	Unión libre	26 (12)	15 (11)
	Otro (viudo(a), divorciado(a))	24 (11)	14 (10)
Lugar de residencia			.540
	Ciudad de México	97 (46)	70 (49)
	Interior de la república	114 (54)	72 (51)
Horas de traslado al hospital			.874
	1 o 2 horas	129 (61)	83 (58)
	3 o 4 horas	45 (21)	33 (23)
	5 o más horas	37 (17)	26 (18)
Nivel económico			.107
	Bajo	108 (51)	88 (62)
	Medio	83 (39)	46 (32)
	Alto	20 (9)	8 (6)
Ocupación			.153
	Empleado(a)	46 (22)	37 (26)
	Autoempleado(a)	37 (17)	14 (10)
	Desempleado(a)	49 (23)	32 (22)
	Hogar	64 (30)	53 (37)
	Otro (jubilado(a), estudiante)	15 (7)	6 (4)
Paternidad/maternidad			.638
	Si	152 (72)	99 (70)
	No	59 (28)	43 (30)
Número de hijos			.326
	1 hijo	32 (21)	22 (22)
	2 hijos	72 (47)	37 (37)
	3 hijos	27 (18)	26 (26)
	4 o más hijos	21 (14)	14 (14)

Continuación Tabla 17. Comparación de variables clínicas y sociodemográficas entre pacientes sin depresión o leve y depresión moderada a grave.

Etapa clínica				.513
	I	33 (16)	22 (15)	
	II	43 (20)	25 (18)	
	III	54 (26)	32 (22)	
	IV	41 (20)	39 (28)	
	No estadificado	40 (19)	24 (17)	
Tratamientos				.732
	Periodo de seguimiento	59 (28)	34 (24)	
	Quimioterapia	44 (21)	36 (25)	
	Cirugía	33 (16)	18 (13)	
	Radioterapia	19 (9)	16 (11)	
	Combinación quimioterapia-cirugía-radioterapia	31 (15)	24 (17)	
	Otro (hormonoterapia, inmunoterapia)	25 (12)	14 (10)	
ECOG				.063
	1	205 (97)	132 (93)	
	2 - 3	6 (3)	10 (7)	
Karnofsky				.001
	100	106 (50)	51 (36)	
	90	95 (45)	69 (49)	
	80-60	10 (5)	22 (15)	
Comorbilidad				.305
	Si	52 (25)	42 (30)	
	No	159 (75)	100 (70)	
Tipo de comorbilidad				.107
	Diabetes /hipertensión o ambas	38 (73)	24 (57)	
	Otras (VIH, hipotiroidismo, asma)	14 (27)	18 (43)	
Percepción de apoyo social				.001
	Bajo apoyo social	30 (14)	30 (21)	
	Mediano apoyo social	55 (26)	56 (39)	
	Alto apoyo social	126 (60)	56 (39)	
Ansiedad				<.001
	Sin ansiedad	36 (17)	4 (3)	
	Leve	67 (32)	26 (18)	
	Moderada	72 (34)	41 (29)	
	Grave	36 (17)	71 (50)	
Horas que permanece en el hospital				.035
	1 hora	20 (9)	11 (8)	
	2 horas	46 (22)	17 (12)	
	3 horas	51 (24)	28 (20)	
	4 horas	46 (22)	33 (23)	
	5 horas	21 (10)	23 (16)	
	6 o más horas	27 (13)	30 (21)	

Comparación de las variables de estudio entre unidad funcional

Mediante la prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva entre las unidades funcionales de mama, ginecología, gastroenterología, urología, piel y partes blandas, hematología y pulmón ($p>.05$), ver Tabla 18. En esta comparación no se incluyó la unidad funcional de cabeza y cuello ya que no cuenta con una muestra suficiente ($n=24$) para poder ser comparada con las demás unidades funcionales.

Tabla 18. Comparación de niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción con el equipo de salud entre unidades funcionales mediante la prueba Kruskal-Wallis.

	Unidades funcionales	Rango promedio	Chi- cuadrado	Valor <i>p</i>
Sintomatología ansiosa	Mama	165.27	7.137	.308
	Urología	164.62		
	Gastroenterología	148.81		
	Pulmón	126.78		
	Piel y partes blandas	167.12		
	Ginecología	169.08		
	Hematología	170.00		
	Sintomatología depresiva					3.324	.767
Satisfacción con el equipo de salud	Mama	167.50	12.504	.052
	Urología	143.35		
	Gastroenterología	152.85		
	Pulmón	150.32		
	Piel y partes blandas	158.58		
	Ginecología	167.03		
	Hematología	170.13		
	Mama	140.72		
	Urología	170.03		
	Gastroenterología	179.45		
	Pulmón	183.35		
	Piel y partes blandas	154.15		
	Ginecología	155.60		
	Hematología	184.00		

Discusión

El estudio de la Fase II tuvo como propósito identificar los niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión de pacientes oncológicos mexicanos, posteriormente se determinó si había diferencias entre los niveles de cada variable por unidad funcional del instituto, variables sociodemográficas y variables clínicas.

Aunque se observan diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva entre las distintas unidades funcionales, estas no son estadísticamente significativas. Resulta interesante mencionar que la unidad funcional que presentó en general un mayor nivel de satisfacción con el equipo de salud y menores alteraciones en sintomatología ansiosa y depresiva fue el área funcional de pulmón, reflejando la asociación que se identificó mediante los análisis bivariados entre estas variables. No obstante, estos datos no son consistentes con investigaciones previas que reportan mayores niveles de distress psicológico en pacientes con cáncer de pulmón (Rodríguez et al., 2011; Stommel et al., 2004; Walker, Zona & Fisher, 2006;). En el sentido contrario, resulta importante señalar que la unidad funcional de mama presenta un nivel de satisfacción con el equipo de salud notoriamente más bajo en comparación con las demás unidades, resultados que podrían ser explicados de acuerdo a lo que comentan Braña et al., (2012) quienes señalan que en concreto el cáncer de mama, es un proceso de gran impacto emocional, tanto por la enfermedad en sí, como por las consecuencias físicas y emocionales que conlleva. Por ello, el grado de satisfacción en estas pacientes puede estar condicionado en mayor medida por la ansiedad, temor e incertidumbre que generan estos procesos y que, evidentemente, influirán en la experiencia vivida durante el proceso de atención.

La presencia de elevada sintomatología ansiosa tuvo una relación con mayores niveles de sintomatología depresiva. De acuerdo a López (2007) depresión y ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia, presentándose en distintos momentos del transcurso de una enfermedad como lo es el cáncer (Hernández et al., 2012). De acuerdo a la literatura se identifica que los pacientes oncológicos presentan prevalencias en sintomatología ansiosa y depresiva superiores a los reportados en población general (Henriksson et al., 1995; Maass et al., 2015; Wu & Andersen, 2011), oscilando entre el 15% y 58% en sintomatología depresiva (Grassi et al., 2004; Massie, 2004; Pirl, 2004) y 10% a 49% en sintomatología ansiosa (Stark et al., 2002; van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997). En esta investigación se identificaron prevalencias generales de algún grado de sintomatología depresiva (leve, moderada y grave) del 72%, correspondiendo el 16% a la presencia de sintomatología depresiva grave. Para el caso de ansiedad se identificó algún grado de sintomatología ansiosa (leve, moderada y grave) del 88%, correspondiendo el 30% a sintomatología ansiosa grave. Como puede observarse, los porcentajes identificados correspondientes a algún grado de sintomatología ansiosa y depresiva superan a los reportados en población general y oncológica, adicionalmente se identifica la presencia de sintomatología grave elevada para ambas variables que requieren atención por parte de un especialista en salud mental en oncología.

Los altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva reportados en esta investigación superan a las prevalencias encontradas en la literatura, presentando una probable repercusión en los niveles de satisfacción del paciente con el equipo de salud al identificarse relaciones estadísticamente significativas entre la ausencia sintomatología

depresiva con mayor satisfacción y sintomatología ansiosa grave con menor satisfacción. En este sentido, diversas investigaciones han identificado asociaciones entre sintomatología depresiva y alguna dimensión de la satisfacción con la atención médica de pacientes con padecimientos médicos no oncológicos (Clark & Smith, 1998; Hopton, Howie & Porter, 1993; Michaels et al., 2000; Petterson et al., 1998; Wyshak & Barsky, 1995). De forma más específica, Aass y sus colaboradores (1997) señalan que la ansiedad y depresión afectan la relación médico paciente, repercutiendo en la percepción de la atención que el paciente recibe. En el campo de la oncología, Bui y sus colaboradores (2005) mencionan que al presentarse un aumento de los síntomas depresivos existirá una disminución de los niveles de satisfacción con la atención médica del paciente. Dentro de las explicaciones mayormente reportadas para esta relación es la otorgada por Greenley, Young y Schoenherr (1982) quienes identifican que existen cuatro posibles causantes: 1) las personas con dificultades psicológicas generalmente están insatisfechas; 2) los proveedores de servicios reaccionan negativamente a los pacientes con alguna alteración psicológica; 3) los pacientes con trastornos psicológicos no están satisfechos cuando los proveedores de servicios no responden a sus necesidades psicológicas; y 4) los pacientes que niegan su angustia psicológica tienden a estar insatisfechos. Por lo que se identifica la necesidad de realizar mayores investigaciones que relacionen la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con la satisfacción del paciente oncológico con la atención médica, así como programas de tamizaje de síntomas psicológicos en esta población.

La alta percepción de apoyo social se relacionó con niveles altos de satisfacción con el equipo de salud y menores niveles en sintomatología depresiva. El apoyo social percibido hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre la disponibilidad

del apoyo social en caso de ser requerido (Barrón, 1996), puede afectar el funcionamiento fisiológico ya que es un valioso recurso de afrontamiento del estrés y un amortiguador de sus efectos, contribuye a la promoción de conductas saludables y en general puede funcionar como protector y ajuste a enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer (Almagiá, 2004; Costa & Ballester, 2010). Diversas investigaciones han identificado una relación entre el apoyo social con los niveles en sintomatología depresiva de pacientes oncológicos (Hernández et al. 2012; Schroevers, Ranchor, & Sanderman, 2003; Söllner, et al., 1999). Algunas de las explicaciones para esta asociación se centran en que la falta de apoyo social puede llevar pensamientos rumiantes, a la preocupación por la enfermedad, autocompasión y, posteriormente, a la angustia psicológica (Aymanns, Filipp & Klauer, 1995). No obstante, existen estudios que identifican al malestar psicológico, entre ellos la sintomatología depresiva, como causante de una menor percepción de apoyo social con el que se cuenta (Bolger et al., 1996).

Adicionalmente, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre sintomatología ansiosa y depresiva con medidas de capacidad funcional del paciente oncológico. Presentar Karnofsky de 100 y ECOG de 1 se relacionó con mayor nivel de ansiedad y Karnofsky de 80 a 60 con un mayor nivel de depresión. La presencia de sintomatología depresiva con un menor índice de capacidad funcional concuerda con lo reportado a Moncayo y sus colaboradores (2008), quienes mencionan que existe una mayor presencia de trastornos mentales en pacientes con baja capacidad funcional o índice de Karnofsky, en comparación con las relaciones encontradas en sintomatología ansiosa. Esto podría explicarse basándonos en que la presencia de algún grado de malestar psicológico como lo es la sintomatología ansiosa y depresiva en muchos de los casos actúa como amplificador de los síntomas físicos productos de los diversos

tratamientos a los que someten los pacientes con cáncer (Aass et al., 1997; Blasco et al., 2000; Garrido, 2013). Y en sentido contrario, existen estudios que identifican los síntomas físicos del cáncer y su tratamiento como predictores de la presencia de trastornos mentales (Ballenger et al., 2001; Moncayo et al. 2008; Spiegel et al. 2003), repercutiendo directamente en la calidad de vida (Rojas et al., 2017), ya que la capacidad funcional del paciente es un elemento de la calidad de vida del paciente oncológico; incluso, en algunos estudios se utilizan escalas de funcionalidad como equivalentes de calidad de vida (Sánchez, Ballesteros & Anzola, 2010; Sánchez, Ballesteros & Aulí, 2009; Smith, Avis, & Assmann, 1999). Esta presencia de mayor nivel de sintomatología depresiva a menor nivel de capacidad funcional podría confundirse con los mismos síntomas del cáncer y los efectos del tratamiento debido a que muchos de estos síntomas son similares a aquellos de la depresión como síntomas vegetativos de sueño, trastornos del apetito y fatiga (Spiegel et al., 2003), sin embargo la escala HADS, empleada en esta investigación para la medición de los síntomas de ansiedad y depresión, es una instrumentos que considera únicamente dimensiones cognitivas y afectivas de estos espectros, omitiendo aspectos somáticos (Galindo et al., 2015), descartando esta posible interferencia en los resultados.

Por su parte, se identificó una relación estadísticamente significativa entre permanecer 5, 6 o más horas al día en una visita al hospital/instituto y la presencia de mayor nivel de sintomatología depresiva. Relación importante a considerar en la atención médica oncológica a causa de que frecuentemente existe una interacción continua y prolongada del paciente dentro de las instalaciones del hospital llevando a cabo consultas con diferentes sectores médicos, implementación de tratamientos, estudios clínicos y trámites administrativos. La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación

mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgos de eventos adversos (Ceballos, Velásquez & Jaén, 2014) y de acuerdo con esta investigación, mayores niveles de síntomas psicológicos en pacientes con cáncer mexicanos. En este sentido, las investigaciones que se han desarrollado más ampliamente giran en torno a señalar la estancia hospitalaria de los pacientes como indicador de eficiencia en la atención médica (Domínguez et al., 2008; Jiménez et al., 1999; Jiménez, 2004). En México, una investigación realizada por Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2016) en instituciones de salud identificaron que la variable Tiempo de espera se encontraba relacionada con una mayor percepción de estrés, es decir, aquellas pacientes que permanecían de 2 a 12 horas en las salas de espera mostraban mayor percepción de estrés que aquellas que esperaban 30 min y de 35 min a 2 horas. Adicionalmente, también encontraron que a mayor tiempo de espera peor será la percepción del funcionamiento hospitalario y la valoración del tamaño de las salas y equipamiento. Mostrando consistencia con los datos reportados en esta investigación, una mexicana. Por lo que valdría la pena identificar más a detalle los efectos en el sistema de salud producto de las horas prolongadas que pasan los pacientes con cáncer y sus familiares en una visita diaria a los escenarios hospitalarios.

Finalmente, dentro de las asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas con las variables de estudio se identificó una diferencia entre los niveles de satisfacción del paciente con el equipo de salud por sexo. Las mujeres presentaron un menor nivel de satisfacción que los hombres concordando con lo reportado por Sherlaw-Johnson y sus colaboradores (2008), quienes identificaron que la insatisfacción con la atención médica era mayor en mujeres. Y entre comorbilidad,

presentando menor sintomatología ansiosa los pacientes con diabetes, hipertensión o ambas enfermedades como comorbilidad, a diferencia de los pacientes con otro tipo de comorbilidad como lo era hipotiroidismo, asma y VIH. En este último punto podríamos mencionar que la posible relación con sintomatología ansiosa se deba que dentro de la población mexicana existe mayor prevalencia de diabetes o hipertensión como enfermedades crónicas, a diferencia de otro tipo de enfermedad, como lo es el VIH, que tiene gran relación con el cáncer.

Conclusiones

Los hallazgos encontrados apoyan en gran parte las hipótesis contempladas a lo largo de la Fase I y Fase II de esta investigación. Se presentaron diferencias en los niveles de satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva entre unidades funcionales, aunque estas no fueron estadísticamente significativas. Las mayores prevalencias para cada variable de estudio fueron: 32% sintomatología depresiva leve, 32% sintomatología ansiosa grave y 46% moderada satisfacción con el equipo de salud.

En general, la unidad funcional que presentó un mayor nivel de satisfacción con el equipo de salud y menores alteraciones en sintomatología ansiosa y depresiva fue el área funcional de pulmón. Adicionalmente, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de estudio con variables clínicas y sociodemográficas. Así como relaciones estadísticamente significativas entre satisfacción con el equipo de salud, sintomatología ansiosa y depresiva.

Los distintos grados de sintomatología ansiosa y depresiva identificados en este grupo de pacientes mexicanos oncológicos superan a los reportados en población general y oncológica, reflejando la necesidad de diagnóstico oportuno para estas dos afectaciones psicológicas que presentan una relación ampliamente documentada con diferentes

repercusiones severas durante el tratamiento y transcurso de la enfermedad. Así mismo, una oportuna derivación a los servicios de salud mental al presentarse más del 15% de sintomatología grave para ambas variables, porcentajes considerados como problemas clínicos que requieren atención por parte de un especialista.

En el ámbito clínico se tiene conocimiento sobre la coexistencia frecuente de síntomas de ansiedad y depresión, pero como un aporte de esta investigación, se reporta una relación de estas afectaciones y la satisfacción del paciente oncológico con el equipo de salud. En este sentido, la evaluación global que realiza el paciente a la comunicación y confianza con el personal médico, comunicación con el personal de enfermería y de tratamiento no únicamente es producto de la interacción humana y técnica que se tuvo con estos sectores, sino que también representa una relación estrecha con la presencia de malestar emocional, desencadenado o potencializado por el cáncer. La relación entre estas variables de estudio cobra mayor relevancia cuando la literatura señala que la satisfacción generada por cuestiones interpersonales con el personal de enfermería, tratamiento y en especial, personal médico, determina en gran medida la evaluación global del paciente oncológico con la atención médica.

En este sentido, aunque el tratamiento del cáncer ha tenido grandes avances clínicos y desarrollo de tecnologías sofisticadas a través del tiempo, los procesos básicos de la interacción humana con los profesionales de la salud permean, en gran medida, la confianza que el paciente genera para el tratamiento de su enfermedad. Por lo tanto, el establecimiento de empatía, estímulos reforzantes verbales y no verbales por parte del profesional de la salud, procesos de reflexión, establecimiento de preguntas, intercambio de información, participación activa del paciente y retroalimentación de la información proporcionada (CONAMED, 2013; Sihvonen et al., 1989; Stewart, 1995) conforman una

adecuada comunicación bidireccional. Sin olvidar, la necesidad de identificar en cada momento en el proceso de enfermedad lo que el paciente sabe y ha entendido y lo que quiere llegar a saber, tratando de fraccionar la información proporcionada para su mejor entendimiento (Vidal et al., 2007). De manera específica, se observó durante el desarrollo de la investigación que la mayor parte del personal médico realizaba una constante explicación sobre el estado de salud, tratamiento a seguir y cuidados en general que se tenían que seguir, así como proporcionar espacios para preguntas por parte del paciente, por lo que los resultados encontrados en esta investigación señalan que la moderada satisfacción con el equipo de salud reflejan el entendimiento que el paciente tuvo del contenido de las explicaciones realizadas por el personal médico. Es decir, el resultado final de un proceso comunicativo, intercambio adecuado de información.

Adicionalmente, estos hallazgos tienen diferentes vertientes para el sistema de salud del Instituto Nacional de Cancerología, organismo de tercer nivel dependiente de la Secretaría de Salud; en primer lugar crea un acercamiento a tener un panorama general de las principales alteraciones psicológicas como lo son la sintomatología ansiosa y depresiva, así como conocer la percepción del paciente oncológico con la atención médica brindada; en segundo lugar, permite que estudios futuros se enfoquen en las variables clínicas y sociodemográficas que presentaron algún tipo de relación estadísticamente significativo con las variables de estudio; y en tercer lugar, proporciona un instrumento válido y confiable que ayudará a identificar las áreas de oportunidad en la mejora de la atención médica brindada por tres de los principales grupos institucionales como son el personal médico, de enfermería y tratamiento.

Finalmente, los resultados en general señalan una necesidad de mayor desarrollo de investigaciones en el área de Psicooncología para ampliar el conocimiento de las distintas variables que giran en torno de un diagnóstico de cáncer, implementación de programas de apoyo psicológico basados en evidencia científica a pacientes y familiares que enfrentan una de las enfermedades con mayor gravedad en sus implicaciones, así como la creación de programas de capacitación para el personal de la salud en el desarrollo y mejora de habilidades interpersonales que les permitan ejercer su profesión de manera eficaz sin perder la sensibilidad que requiere el establecimiento de cualquier relación humana. Indudablemente este camino por recorrer para la Psicooncología, requiere de una especialización de los psicólogos en temas de campo, el cual todavía es pequeño y nuevo. Así como un trabajo transdisciplinario con diferentes profesionales de la salud que permita desarrollar investigación en la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y sobrevida.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio para la interpretación de los hallazgos, está el tamaño muestral de cada grupo de pacientes correspondientes a determinada unidad funcional, así como que existieron variables clínicas y sociodemográficas que tenían una cantidad reducida de participantes.

Perspectiva futura

Se espera que los resultados encontrados en este trabajo incentiven a desarrollar investigaciones que identifiquen variables predictoras de la satisfacción del paciente oncológico mexicano con el equipo de salud, así como las repercusiones que esta variable

pudiera ocasionar en la vivencia del cáncer. Adicionalmente, mediante la identificación de los niveles de satisfacción con tres sectores de salud oncológica institucionales como lo son el personal médico, de enfermería y tratamiento se podrán detectar los puntos fuertes de la asistencia para potenciarlos y los puntos débiles que requieran establecer programas de mejora.

Finalmente, se sugiere implementar a mayor escala programas de detección de necesidades psicológicas en pacientes y cuidadores primarios informales, así como el tratamiento psicológico a quienes presenten malestar emocional que requiera atención.

Referencias

- Aass, N, Fossa, S.D, Dahl, A.A., & Moe, T.J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer*, 33,:1597-604.
- Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Almanza, M. J. D. J., & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*, 46(3).
- Almanza-Muñoz, J. D. J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.
- Alonso, L. M., Llop, R. O., & Rodes, J. R. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(105), 5654-5664.
- Alvarado, S., Genovés, S., & Zapata, M. D. R. (2009). La Psicooncología: un trabajo transdisciplinario. *Cancerología*, 4(1), 47-53.
- American Cancer Society (ACS). (2018). *Aspectos básicos sobre el cáncer*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2018, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society (ACS). (2018). *¿Quiénes forman parte del equipo de profesionales médicos de la atención integral?*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2018, de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/compreension-del-sistema-de-atencion-medica/equipo-de-profesionales-contra-el-cancer.html>
- Armando, P., Uema, S., & Solá, N. (2005). Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmacy Practice*, 3(4), 205-212.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. (2003). Protocolos de intervención. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos. (pp.51-140). *Barcelona: Ariel Ciencias Médicas*.
- Aymanns, P., Filipp, S. H., & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: Some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34(1), 107-124.
- Babbie, E. (2000). Fundamentos de la investigación social (No. 300.72 B112f). *México, MX: International Thomson*.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology 1. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-177.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Jones, R. D., & Berard, R. M. (2001). Consensus statement on depression, anxiety, and oncology. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl 8), 64-67.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. *Siglo XXI de España Editores*.
- Blasco, T., Pallarés, C., Alonso, C., & López, L. J. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 47.

- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D., & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283.
- Braña, M. B., Carrera, M. D., De la Villa, S. M., Avanzas, F. S., Gracia, C. M., & Vegas, P. E. (2012). Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(1), 30-37.
- Bredart, A., Bottomley, A., Blazeby, J. M., Conroy, T., Coens, C., D'haese, S., & Rodary, C. (2005). An international prospective study of the EORTC cancer inpatient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *European Journal of Cancer*, 41(14), 2120-2131
- Brintzenhofe-Szoc, K. M., Levin, T. T., Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-391.
- Bui, Q. U. T., Ostir, G. V., Yong-Fang, K., Freeman, J., & Goodwin, J. S. (2005). Relationship of depression to patient satisfaction: Findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89(1), 23.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Canicali P. C., Nunes G.L. R., Pires O.P. D. A., Costa L. F. M., & Costa A. M. H. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 11(28), 52-62.
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92(6), 832-836.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3).
- Ceballos, A. T. M., Velásquez, R. P. A., & Jaén, P. J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27).
- Chacón, M. (2009). *Cáncer: Reflexiones acerca de incidencia, prevención, tratamiento y mitos*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, (37), 181-193.
- Clark, M. S., & Smith, D. S. (1998). Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 21(2), 143-154.
- Clayman, M. L., Pandit, A. U., Bergeron, A. R., Cameron, K. A., Ross, E., & Wolf, M. S. (2010). Ask, Understand, Remember: A Brief Measure of Patient Communication Self-Efficacy Within Clinical Encounters. *Journal of Health Communication*, 15(Suppl 2), 72-79. <http://doi.org/10.1080/10810730.2010.500349>.
- Consedine NS, Adjei B. A, Ramirez PM, McKiernan JM. (2008). An object lesson: Source determines the relations that trait anxiety, prostate cancer worry, and screening fear hold with prostate screening frequency. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17,: 1631-9.
- Cortinas, C. (2013). *Cáncer: herencia y ambiente*. Fondo de Cultura Económica
- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2/3), 453.

- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., & Carnicke, C. L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*, 249(6), 751-757.
- Díaz, M., Gattas, S., López C., & Tapia, A. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 694-704.
- Domínguez, L., Enríquez, P., Álvarez, P., De Frutos, M., Sagredo, V., Domínguez, A., ... & Valledor, M. (2008). Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 32(1), 8-14.
- Essen, L. V., Larsson, G., Öberg, K., & Sjöden, P. O. (2002). 'Satisfaction with care': associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *European Journal of Cancer Care*, 11(2), 91-99.
- Ferri, A. J., Bowles, C., & Michael, S. (2001). Audiotaping the oncology consultation: An intervention to increase patient satisfaction. *Oncology Issues*, 16(5), 28-30.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam*, 111(6), 485-496.
- Gabbard-Alley, A. S. (1995). Health communication and gender: A review and critique. *Health Communication*, 7(1), 35-54.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M.A., Y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*, 4(38).
- Gallegos, A., & Hernández, H. D. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(2), 99-104
- García, M. G., Rodríguez, Ó. G. A., & Gómez, J. H. (2016). Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia. México. *El Manual Moderno*.
- García, P. M., Hernández, L. B., Anzures, C. R., & Reyes, F. S. (1999). Development and validation of an inventory to measure satisfaction of users of family medicine clinics in Mexico. *Psychological reports*, 84(2), 677-685.
- Garza S. J. G., & Juárez S. P. (2013). El cáncer. *Universidad Autónoma de Nuevo León*, 119-120.
- GLOBOCAN. (2018). GLOBOCAN. Recuperado el 7 de Octubre de 2018, de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
- Gonzalo, E. S. (2013). Biología molecular en oncología: lo que un clínico debiera saber. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 563-570.
- Gourdji, I., McVey, L., & Loiselle, C. (2003). Patients' satisfaction and importance ratings of quality in an outpatient oncology center. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(1), 43-55.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sábato, S., Rossi, E. & Grupo SEPOS (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248.
- Greene, F. L., & Sobin, L. H. (2002). The TNM system: Our Language for cancer care. *Journal of Surgical Oncology*, 80(3), 119-120.

- Greenley, J. R., Young, T. B., & Schoenherr, R. A. (1982). Psychological distress and patient satisfaction. *Medical Care*, 20(4), 373-385.
- Guerrero Alcedo, J. M., Serrano, P., Ramsés, A., & Loyo Álvarez, J. G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309.
- Gupta, D., Rodeghier, M., & Lis, C. G. (2013). Patient satisfaction with service quality in an oncology setting: implications for prognosis in non-small cell lung cancer. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(6), 696-703.
- Gupta, D., Rodeghier, M., & Lis, C. G. (2014). Patient satisfaction with service quality as a predictor of survival outcomes in breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(1), 129-134.
- Guzmán, M. A., Ramos, C. L., Castañeda, S. O., López del Castillo, S. D., & Gómez, A. A. (2006). Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1).
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276-1299.
- Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Hietanen, P.S., Aro, H.M. & Lönnqvist, J.K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, 36, 11-20.
- Hernán, G. L. R. (2013). Manejo del dolor en cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 661-666.
- Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., González, M. Á., & Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 9(2), 233-257.
- Herrera Gómez, A., Granados García, M. (2006). Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. México. *McGraw-Hill*.
- Hopton, J. L., Howie, J. G., & Porter, A. M. D. (1993). The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Family Practice*, 10(1), 82-87.
- Infante O. I., Moret M. A., & Curbelo H. I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0-0.
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). *Estadificación del cáncer*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2018, de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). *Factores de riesgo de cáncer*. Recuperado el 25 de Febrero de 2019, de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). *Terapias dirigidas contra el cáncer*. Recuperado el 21 de Diciembre de 2018, de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/terapia-dirigida/hoja-informativa-terapias-dirigidas>
- Instituto Nacional del Cáncer (NCI). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado el 19 de Septiembre de 2018, de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Jean-Pierre, P., Fiscella, K., Freund, K. M., Clark, J., Darnell, J., Holden, A., et al. (2011). Structural and reliability analysis of a patient satisfaction with cancer-related care measure: A multisite patient navigation research program study. *Cancer*, 117(4), 854-861.

- Jiang, S., & Hong, Y. A. (2017). Mobile-based patient-provider communication in cancer survivors: The roles of health literacy and patient activation. *Psycho-oncology*, 27(3), 886-891.
- Jiménez P. R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36.
- Jimenez, R., López, L., Dominguez, D. A. N. I. E. L., & Fariñas, H. (1999). Difference between observed and predicted length of stay as an indicator of inpatient care inefficiency. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(5), 375-384.
- Jovell, A. J. (2006). El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 29, pp. 85-90). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Kavadas, V., Barham, C. P., Finch-Jones, M. D., Vickers, J., Sanford, E., Alderson, D., & Blazeby, J. M. (2004). Assessment of satisfaction with care after inpatient treatment for oesophageal and gastric cancer. *British Journal of Surgery*, 91(6), 719-723.
- Kleeberg, U. R., Tews, J. T., Ruprecht, T., Höing, M., Kuhlmann, A., & Runge, C. (2005). Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC* study. *Supportive Care in Cancer*, 13(5), 303-310.
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., ... & EORTC Quality of Life Group. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Labrador, F. J., & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 51-66.
- Larkin, G. L., Moskop, J., Sanders, A., & Derse, A. (1994). The emergency physician and patient confidentiality: A review. *Annals of Emergency Medicine*, 24(6), 1161-1167.
- Leyva, B. H., Peña, C. G., Carro, R. A., & López, M. O. (2002). Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(5), 373-378.
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, 16(5), 583-589.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582.
- Linder-Pelz, S., & Struening, E. L. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *Journal of Community Health*, 10(1), 42-54.
- Lis, C. G., Rodeghier, M., Grutsch, J. F., & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. *BMC Health Services Research*, 9(1), 190.
- Lis, C. G., Rodeghier, M., & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Preference and Adherence*, 3, 287.
- Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 9(2), 91-109.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 12, 283-292.

- López Ibor, M. I. (2007, May). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de Medicina Interna*, (24, 5) 209-211.
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.
- Macleod, C.J. (1984). Verbal communication in nursing. Faulkner A (ed.). *Communication*. Edinburgh, Churchill Livingstone. 52-73.
- Macleod, R. (1991). Patients with advanced breast cancer: The nature and disclosure of their concerns. *Unpublished MSc thesis, University of Manchester*: Manchester.
- Maly, R. C., Frank, J. C., Marshall, G. N., DiMatteo, M. R., & Reuben, D. B. (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI): Validation of an Instrument in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 889-894.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71.
- Massip Pérez, C., Reyes, O., María, R., Llantá Abreu, M. D. C., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-10.
- Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-30.
- Michaels, A. J., Michaels, C. E., Smith, J. S., Moon, C. H., Peterson, C., & Long, W. B. (2000). Outcome from injury: General health, work status, and satisfaction 12 months after trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(5), 841-850.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez Marín, J., & Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4).
- Mohar, A., Frías-Mendivil, M., Suchil-Bernal, L., Mora-Macías, T., & Garza, J. G. (1997). Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública de México*, 39, 253-258.
- Moncayo, F. L. G., Requena, G. C., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90-92.
- Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1).
- Mora-Rios, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G., & Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9-18.
- Moreno, M. M. G., Guzmán, I., & Guadalupe, M. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*, 21(4), 185-189.
- Murillo, M., & Pedraza, J. D. (2006). Trastornos psicológicos y de calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2), 377-392.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., & Aboyans, V. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223.

- Navarro, E., Limonero, J. T., Maté, J., & Gómez-Romero, M. J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7(1), 127-41.
- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167-177.
- Nunally, J. (1991). Teoría Psicométrica. *Ediciones Trillas*.
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cáncer*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Enfermedades crónicas*. Recuperado el 8 de Diciembre de 2018, de: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Factores de riesgo*. Recuperado el 20 de Febrero de 2019, de: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Tratamiento del cáncer*. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de: <https://www.who.int/cancer/treatment/es/>
- Ortega, A. P., Irepan, A. M., Cantú de León, D., & Estrada, R. C. (2010). Modelo de privacidad en pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1).
- Ortega, A. P., Mercado, D. S., Reidl M. L., Estrada, R. C. (2016). Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental. *Facultad de Psicología, UNAM, México*.
- Ortiz, E. R., Muñoz, J. S., Del Campo, M., Lechuga, D., & Torres, C. E. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 229-238. ISBN: 978-607-02-7786-3
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185 – 210. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2).
- Peipert, J. D., Beaumont, J. L., Bode, R., Cella, D., Garcia, S. F., & Hahn, E. A. (2014). Development and validation of the functional assessment of chronic illness therapy treatment satisfaction (FACIT TS) measures. *Quality of Life Research*, 23(3), 815-824.
- Pelayo, B. D. C. (2013). Radioterapia externa: lo que el médico general debe saber. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 705-715.
- Petterson, T., Lee, P., Hollis, S., Young, B., Newton, P., & Dornan, T. (1998). Well-being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes care*, 21(6), 930-935.
- Pérez, M. D. F., Betancourt, S. M. R., & Fernández, M. T. (2016). Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 41(11).

- Pérez de Alejo, B., & García D. P. (2005). Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(2), 1-1.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Potau, D. R., López, A. N., & Prat, M. A. (2016). Conocimientos básicos de oncología radioterápica para la enseñanza Pre-grado (Vol. 9). *Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha*.
- Radwin, L. E., & Cabral, H. J. (2010). Trust in Nurses Scale: Construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 683-689.
- Ramírez-Sánchez, T. D. J., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40, 03-12.
- Reich, M. (2010). La dépression en oncologie. *Cancer/Radiothérapie*, 14(6-7), 535-538. *Revista CONAMED*, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre 2013, pag. 147 ISSN 1405-6704
- Rodríguez, C. F., Sánchez, C. P., Fernández, E. V., Vázquez, I. A., Martínez, R. F., & Fernández, I. P. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Barrero, A., Avedillo, C., Sánchez C., A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-33.
- Rojas, O., Fuentes, C., Robert, P. V., Droguett, M., Iribarne, C., Krauskopf, V., & Muñoz, E. (2017). Psicooncología En El Hospital General. Alcances En Depresión Y Cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 450-459.
- Ros, B. Z. (2005). Psicología de la salud y gestión Institucional. *La Psicología*, 91.
- Rosiles, L. P., & Munguía, D. C. (2005). Información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y satisfacción con la atención médica. *Psicología y salud*, 15(1), 85-95.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Focus*, 6(4), 467-485.
- Riveros Rosas, A., Sánchez Sosa, J., & Del Águilar, M. (2009). Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). México: *Manual Moderno*.
- Sampieri, R. H., Fernández, C. C., & Baptista L. P. (2014). Metodología de la investigación. (6a. Ed.). México D.F.: *McGraw-Hill*.
- Sánchez, N. C. (2013). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 553-562.
- Sánchez, N., Sirgo, A., Hollenstein, M. F., León, C., Lacorte, M. T., & Salamero, M. (2005). Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of Patient's Preferences". *Revista Interdisciplinaria de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 2(1), 2.
- Sánchez, P. R., Ballesteros, M. P., & Anzola, J. D. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 12, 889-902.
- Sánchez, R., Ballesteros, M., & Aulí, A. G. (2009). Medición de la calidad de vida en ensayos clínicos de pacientes con cáncer. Un estudio bibliométrico. *Revista Colombiana de Cancerología*, 13(1), 29-34.

- Sat, M. D., Contreras, H. I., Solano, M. P., Hernández, C. G. A., Mariscal, R. I., Lomelí, G., M., & Morgan, V. G. (2011). Análisis de la Satisfacción con los Cuidados en Salud a Través del Cuestionario EORTC IN-PATSAT32 en Pacientes con Cáncer de Mama, Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en Diferentes Etapas Clínicas. Relación con las Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Variables del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health, 14*(5), S96-S99.
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética, 9*(2).
- Schroevvers, M. J., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Social Science & Medicine, 57*(2), 375-385.
- Secretaria de Salud (2016). *Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)*. Recuperado el 17 de Marzo de 2019, de: dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index.html
- Secretaria de Salud (2017). *Cáncer, tercera causa de muerte en México*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>
- Sherlaw-Johnson, C., Datta, P., & McCarthy, M. (2008). Hospital differences in patient satisfaction with care for breast, colorectal, lung and prostate cancers. *European Journal of Cancer, 44*(11), 1559-1565.
- Shikiar, R., & Rentz, A. M. (2004). Satisfaction with medication: An overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value in Health, 7*(2), 204–215.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2014). Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings. *International Journal of Health Policy and Management, 2*(4), 159.
- Siegler, M. (1982). Confidentiality in Medicine--a Decrepit Concept. *New England Journal of Medicine, 307*(24), 1518-1521.
- Sihvonen M, Kayhko K, Kekki P. 1989. Factors influencing the patient–provider relationship. *Vard Nord Utveckl Forsk 9*: 4–9.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine, 45*(12), 1829-1843.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1998). Study of patient satisfaction with chemotherapy nursing care. *European Journal of Oncology Nursing, 2*(3), 142-153.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry, 54*(3), 269-282.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal Of Clinical Oncology, 20*(14), 3137-3148.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 152*(9), 1423.
- Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients With Cancer of the Breast, Colon, Lung, or Prostate. *Health Psychology, 23*(6), 564.
- Soerjomataram, I., Lortet-Tieulent, J., Parkin, D. M., Ferlay, J., Mathers, C., Forman, D., & Bray, F. (2012). Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of

- disability-adjusted life-years in 12 world regions. *The Lancet*, 380(9856), 1840-1850.
- Söllner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40(3), 239-250.
- Tan, S. M., Beck, K. R., Li, H., Lim, E. C. L., & Krishna, L. K. R. (2014). Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 33-37.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., & Martins, C. (2005). La comunicación médico-paciente en los oncólogos del sur de Europa: la influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento. *RET: Revista de Toxicomanías*, (44), 15-24.
- Ting, T. C. (1999). Privacy and confidentiality in healthcare delivery information system. In *Computer-Based Medical Systems, 1999. Proceedings. 12th IEEE Symposium on* (pp. 2-4). IEEE.
- Valencia Lara, S. C. (2006). Depression in patients with cancer. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-257.
- Vallejos, S., D. (2005). Evolución del Tratamiento Médico del Cáncer. *Academia Nacional de Medicina – Anales*. 97 - 106.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-293.
- Vidal, M. L., Sánchez, P. T., Corbellas, C., Peiró, G., Godes, M., Blasco, A., ... & Camps, C. (2007). Estudio descriptivo sobre el recuerdo del paciente tras la comunicación del diagnóstico y del pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 4(1).
- Von Gruenigen, V. E., Hutchins, J. R., Reidy, A. M., Gibbons, H. E., Daly, B. J., Eldermire, E. M., & Fusco, N. L. (2006). Gynecologic oncology patients' satisfaction and symptom severity during palliative chemotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 84.
- Walker, M. S., Zona, D. M., & Fisher, E. B. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(8), 684-693.
- Wallace, L. M., Priestman, S. G., Dunn, J. A., & Priestman, T. J. (1993). The quality of life of early breast cancer patients treated by two different radiotherapy regimens. *Clinical Oncology*, 5(4), 228-233.
- Wessels, H., De Graeff, A., Groenewegen, G., Wynia, K., De Heus, M., Vos, J. B. H., & Voest, E. E. (2010). Impact of integration of clinical and outpatient units on cancer patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 358-364.
- Wiggers, J. H., Donovan, K. O., Redman, S., & Sanson-Fisher, R. W. (1990). Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*, 66(3), 610-616.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359.

- Wolf, M. S., Chang, C. H., Davis, T., & Makoul, G. (2005). Development and validation of the Communication and Attitudinal Self-Efficacy scale for cancer (CASE-cancer). *Patient Education and Counseling*, 57(3), 333-341.
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A., & Stiles, W. B. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 391-401.
- Wong, W. S., Fielding, R., Wong, C. M., & Hedley, A. J. (2008). Psychometric properties of the Nine-item Chinese Patient Satisfaction Questionnaire (ChPSQ-9) in Chinese patients with hepatocellular carcinoma. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(3), 292-299.
- Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *Bmj*, 328(7444), 864.
- Wu, S. M., & Andersen, B. L. (2011). Prevalence Of Mood And Anxiety Disorders In Cancer Patients: A Systematic Review And Meta-analysis: paper Session 25 10: 00 Am-10: 18 Am 4030. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(1), s245.
- Wyshak, G, Barsky. (1995). Satisfacción y eficacia de la atención médica en relación con la ansiedad y la depresión. *Gen Hosp Psychiatry*, 17, 108- 114
- Zafar, S. Y. (2016). Financial toxicity of cancer care: It's time to intervene. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 108(5).
- Zafar, S. Y., & Abernethy, A. P. (2013). Financial toxicity, part I: A new name for a growing problem. *Oncology*, 27(2), 80–81, 149.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimring, C., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity. *Concord, CA: The Center for Health Design*.

APÉNDICES

Apéndice 1
Sub-escala “Relación con el médico” del Inventario
de calidad de vida y salud (InCaViSa)

Instrucciones: Los siguientes enunciados se refieren a su relación con el médico. 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, márkela como “nunca”, eso no le pasa. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

1. Disfruto asistir al médico.

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

2. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

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

3. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

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

4. Necesito atención médica constantemente.

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

5. En promedio, cuando asiste al hospital, ¿cuántas horas permanece en él? _____ hrs

Apéndice 2

Servicio de Psicooncología INCan



**INDICADOR DE TRATO DIGNO PARA LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA (PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN) Y
URGENCIAS (SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)**



F1-TD/02

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN _____/_____/_____

TIPO DE UNIDAD Caravanas UNEMES 1er Nivel 2o Nivel 3er Nivel

AREA: URBANA RURAL

INSTITUCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLAVE DE LA UNIDAD: _____

¿Tiene Seguro Popular?	1. ¿Es usted paciente o familiar?	2. Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Quedó usted?	3. ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?	4. ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?	5. ¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir?	6. ¿El médico explicó sobre los cuidados que debe seguir?	7. La información que le proporcionó el médico, ¿Cómo la consideró usted?	8. Con la cantidad de medicamentos que le entregaron ¿quedó usted?	9. ¿El trato que recibió usted en esta unidad fue?	10. ¿En qué servicio el personal le dio mal trato?	11. ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la atención médica recibida?	12. ¿Qué calificación le da a la calidad de la atención médica recibida del 0 al 10, en donde 10 es muy satisfecho y 0 es muy insatisfecho?
a) Si b) No	a) Paciente b) Familiar/ acompañante	a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Mas o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy insatisfecho f) No contesto	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Si b) No c) No contestó	a) Muy clara b) Clara c) Regular d) Confusa e) No recibí información f) No contestó	a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Mas o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy insatisfecho f) No contestó	a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo* e) Muy malo* f) No contestó *Pase a la preg. 10	a)Recepción b)Archivo clínico c)Vigencia de derechos d)Área Médica e)Enfermería f)Trabajo Social g)Laboratorio h)Rayos x i) Farmacia j) Caja k)Vigilancia l)Módulo de incapacidades	a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Mas o menos satisfecho d) Insatisfecho e) Muy insatisfecho f) No contesto	*Coloque el número que le mencione el usuario del 0 al 10

Apéndice 3

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria – HADS – M-

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

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

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

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

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

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

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

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

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

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

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

11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

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

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

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

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

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

6. Me siento alegre

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

8. He perdido el interés en mi aspecto personal

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

10. Me siento optimista respecto al futuro

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

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

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

Apéndice 4
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PARA PACIENTES

DG1. Folio: _____

DG2. No. De expediente: _____ **DG3. Fecha de aplicación:** ____/____/____

DG4. Nombre del paciente: _____

DG5. Edad: _____ **DG6. Diagnóstico oncológico:** _____

DG7. Estado civil: Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Unión libre ()

Divorciado(a) () Otro: _____

DG8. Nivel de estudios: Ninguno () Primaria () Secundaria () Preparatoria ()

Licenciatura () Posgrado () Otro: _____

DG9. Ocupación actual: Empleado(a) () Autoempleado(a) () Desempleado(a) ()

Obrero(a) () Hogar () Profesionista () Otro: _____

DG10. Lugar de residencia: Ciudad de México () Interior de la republica ()

DG11. Tiempo de traslado al hospital: _____ min/hrs.

DG12. ¿Usted tiene hijo(a)s?: Si () No ()

DG13. Si contestó sí, indique el número de hijo(a)s: _____

DG14. ¿Tiene alguna otra enfermedad diagnosticada aparte del cáncer?: Si () No ()

DG15. Si contestó sí, indique cuál o cuáles tiene:

DG16. ¿Cómo evalúa el apoyo social (alguien con quien hablar, que le acompañe al hospital y/o apoyo económico) que recibe actualmente para enfrentar el cáncer?

Bajo apoyo social () Mediano apoyo social () Alto apoyo social ()

LA INFORMACIÓN DE ESTE RECUADRO SERÁ LLENADA POR EL ENTREVISTADOR QUE LE ATIENDE

DG17. Enfermedad: () Estadio I
() Estadio II
() Estadio III
() Estadio IV

DG18. Tratamiento: () Cirugía
() Quimioterapia
() Radioterapia
() Periodo de seguimiento
() Otro: _____

DG19. Karnofsky: _____

DG20. ECOG: _____

DG21. Nivel socioeconómico: _____

Apéndice 5



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

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

This letter serves notice that **JAZMÍN HERNÁNDEZ** is granted license to use the **Spanish** version of the **FACIT-TS-PS** in **one not for profit study**:

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

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



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

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

Issued on: December 7, 2017

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

Apéndice 6
Instituto Nacional de Cancerología



FORMATO DE VALIDACIÓN A TRAVÉS DE JUECES

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD
EN TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS –
SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO – SATISFACCIÓN
DEL PACIENTE (VERSIÓN 4)**

Cella D, (2013)

Nombre del juez: _____

Especialidad: _____

Estimado (a) experto (a):

Actualmente estamos solicitando la revisión del instrumento de evaluación que se utilizará en una muestra de pacientes oncológicos con el objetivo de validar el Instrumento de evaluación de funcionalidad en tratamiento para enfermedades crónicas- Satisfacción con el tratamiento- Satisfacción del paciente (Versión 4) en la población mexicana.

Le solicitamos en su calidad de experto en el área, proporcione su criterio para validar el instrumento FACIT-TS-PS (Version 4) con los criterios de pertinencia (P), redacción (R) lenguaje apropiado para la población (L), validez teórica (V), validez aparente (A) y validez de contenido (C).

FACIT-TS-PS (Version 4)

Estas preguntas tratan sobre la calidad de los servicios de atención médica que recibe actualmente. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales. Marque una respuesta para cada una de las preguntas siguientes.

Comentarios sobre las instrucciones: _____

No, nada en absoluto	Sí, pero no tanto como quería	Sí, casi tanto como quería	Sí, y tanto como quería
0	1	2	3

Comentarios sobre las opciones de respuesta: _____

Explicaciones

TS
9

¿Pudo entender las explicaciones de su(s) médico(s)?

0 1 2 3

TS
10

¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles beneficios de su tratamiento?

0 1 2 3

TS
11

¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles efectos secundarios o riesgos de su tratamiento?

0 1 2 3

TS
12

¿Tuvo oportunidad de hacer preguntas?

0 1 2 3

TS
13

¿Tuvo la oportunidad de decir lo que era importante para usted?

0 1 2 3

TS
14

¿Su(s) médico(s) parecía(n) entender lo que era importante para usted?

0 1 2 3

P	R	L	V	A	C

Apéndice 7

HOJA DE REGISTRO DE CASO PARA PACIENTES CON CÁNCER

“Validación del Instrumento de evaluación de funcionalidad en tratamiento para enfermedades crónicas - Satisfacción con el tratamiento- Satisfacción del paciente (Versión 4)”

Instrucciones para el Aplicador

Instrucciones: Informar a la participante lo siguiente:

Este es un cuestionario acerca de su satisfacción.

Este cuestionario fue diseñado por profesionales para conocer su satisfacción con el tratamiento y la comunicación con sus médicos, enfermeras y el resto del equipo de salud. Queremos estar seguros de que las preguntas son *adecuadas* y están escritas de la forma correcta, para este propósito, le pedimos su ayuda.

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

Estructura de la entrevista.

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

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

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

Hoja de Registro de caso por cada participante

Instrucciones

Estas preguntas tratan sobre la calidad de los servicios de atención médica que recibe actualmente, nos gustaría saber su percepción con el fin de ayudar a mejorar los servicios. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales. Por favor, indique una respuesta con una ✓ para cada una de las siguientes preguntas.

¿Encontró?	Respuesta		Comentarios o Razones
Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?: _____

¿Pudo entender las explicaciones de su(s) médico(s)?

¿Encontró?	Respuesta		Comentarios o Razones
Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?: _____

¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles beneficios de su tratamiento?

¿Encontró?	Respuesta		Comentarios o Razones
Dificultad:	SÍ	NO	
Confusión:	SÍ	NO	
Palabras difíciles:	SÍ	NO	
Lenguaje ofensivo:	SÍ	NO	

¿Cómo habría hecho la pregunta usted?: _____

Apéndice 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Satisfacción del paciente, toxicidad financiera y factores psicológicos predictores de la calidad de la atención en un grupo de pacientes con cáncer en tratamiento o seguimiento Fase 1.

Versión 2 Idioma Español Agosto 2018

Investigador principal: Dr. José Luis Aguilar Ponce
Nombre de la Institución: Instituto Nacional de Cancerología
Teléfono: 56280400 ext. 60001
Número de expediente: _____

Usted está invitado(a) a participar voluntariamente en el proyecto de investigación, titulado: "Satisfacción del paciente, toxicidad financiera y factores psicológicos predictores de la calidad de la atención en un grupo de pacientes con cáncer en tratamiento o seguimiento Fase 1. Versión 2 Idioma Español Agosto 2018". Es importante que antes de estar de acuerdo en participar, lea y entienda por completo la siguiente explicación sobre los procedimientos del protocolo.

Su participación en este proyecto es voluntaria. Si usted está interesado en formar parte, recibirá una copia de esta información. Si usted decide no participar en este estudio, esto no influirá en la atención que recibe o debe recibir, ni en sus derechos como paciente.

En este documento se describe el propósito, beneficios, riesgos, incomodidades y preocupaciones del estudio. Si tiene dudas o no entiende alguna parte de la información, pregunte al personal que le está invitando a participar en este estudio. También puede comentarlo con su familia.

¿Cuál es el propósito del proyecto?

El proyecto de investigación titulado: "Satisfacción del paciente, toxicidad financiera y factores psicológicos predictores de la calidad de la atención en un grupo de pacientes con cáncer en tratamiento o seguimiento Fase 1. Versión 2 Idioma Español Agosto 2018" consiste en la validación del Instrumento de evaluación de funcionalidad en tratamiento para el cáncer – satisfacción con el tratamiento – satisfacción del paciente (versión 4), el cual tiene el objetivo de evaluar la satisfacción y la comunicación del paciente con sus médicos, enfermeras y el resto del equipo de salud. Por lo que actualmente le solicitamos su ayuda para llevar a cabo este objetivo.

En total, se invitarán a participar a 290 pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología.

¿Cuál es el procedimiento?

Después de que usted haya firmado este consentimiento, su única responsabilidad consistirá en llenar cuatro cuestionarios en español en las salas de espera del INCan antes o después de su cita médica:

- i) Instrumento de evaluación de funcionalidad en tratamiento para el cáncer – satisfacción con el tratamiento – satisfacción del paciente (versión 4) (tiene el objetivo de evaluar la satisfacción y la comunicación del paciente con sus médicos, enfermeras y el resto del equipo de salud)
- ii) Subescala Relación con el médico del Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) (tiene por objetivo evaluar la relación del paciente con su médico tratante)
- iii) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) (tiene por objetivo identificar niveles de sintomatología de ansiedad y depresión)
- iv) Indicas: Indicador de trato digno de los servicios en consulta externa y urgencias (tiene por objetivo evaluar el trato digno y de calidad en los servicios de consulta externa y urgencias)

Usted puede decidir retirarse del estudio una vez que haya iniciado el llenado de los cuestionarios, es decir; si usted se siente mal física o emocionalmente o si durante el llenado de los cuestionarios le llaman para entrar a consulta. Esto no afectará su actual o su futuro cuidado médico dentro del Instituto Nacional de Cancerología.

¿Cuánto durará mi participación?

El llenado de las cuatro escalas tendrá una duración aproximada de 15 minutos y únicamente tendrán que ser contestadas una sola vez antes o después de su consulta en el Instituto Nacional de Cancerología.

Usted o su representante legal serán informados de manera oportuna si se dispone de nueva información que pueda ser relevante para su decisión de continuar participando en el estudio.

¿Cuáles son los posibles beneficios que obtendré al participar?

Usted directamente no se beneficiará, sin embargo, este instrumento se podrá utilizar para beneficio de otros pacientes.

Es importante mencionar que este estudio es la Fase 1 de una investigación que consta de tres fases, con la cual se pretende determinar factores relacionados con la calidad de la atención en pacientes con cáncer en tratamiento o seguimiento, por lo que en un futuro mediante los resultados generados se podrán proponer estrategias que mejoren la calidad de la atención a pacientes del Instituto Nacional de Cancerología.

¿Cuáles son los posibles riesgos de participar?

Durante el llenado de los cuestionarios se pueden tocar temas que le causen sentimientos desagradables, como lo son: tristeza, ansiedad, depresión, enojo, miedo, etc. Por este motivo estará disponible un psicólogo(a) con quien pueda hablar y ayudarle a sentirse mejor.

¿Habrá compensación?

No habrá compensaciones económicas por su participación en el estudio.

¿Tiene algún costo?

Su participación en el estudio no tiene ningún costo.

¿Mi participación en el estudio se mantendrá confidencial?

Toda la información y datos personales que proporcione serán estrictamente confidenciales y privados; al publicarse los resultados de esta investigación nunca se hará mención de su nombre o algún otro dato que lo pueda identificar. Así mismo, se le comunica que la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los Comités de Investigación y/o Ética en Investigación del INCan, podrán revisar los documentos originales, incluyendo el expediente del paciente, para verificar la precisión y veracidad de sus datos.

Preguntas. Toda duda o pregunta, podrá consultarla con el investigador principal Dr. José Luis Aguilar Ponce en persona en la oficina de la Subdirección de Medicina Interna o por teléfono al 56280400 ext. 60001. Si tiene dudas sobre sus derechos como paciente, puede comunicarse con la Dra. Myrna G. Candelaria y/o Dra. Alejandra Monroy López, Presidente y Secretario del comité de ética en investigación al teléfono 56280400, extensión 37015. Av. San Fernando 2, puerta 1, CP 14080, Col. Barrio del niño Jesús, Tlalpan. México D.F., C.P. 14080.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación e intervención. Usted recibirá una copia del mismo.

Yo, _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el estudio “Satisfacción del paciente, toxicidad financiera y factores psicológicos predictores de la calidad de la atención en un grupo de pacientes con cáncer en tratamiento o seguimiento Fase 1. Versión 2 Idioma Español Agosto 2018”, cuyo objetivo, procedimiento, beneficios, riesgos y duración me fueron especificados por el investigador. Él me ha ofrecido contestar cualquier duda o pregunta que surja durante el desarrollo de la investigación.

Ciudad de México a _____ de _____ del 2018

Participante

Nombre _____

Firma _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 1.

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Testigo 2.

Nombre _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Investigador principal.

Dr. José Luis Aguilar Ponce
Subdirector de medicina interna
Instituto Nacional de Cancerología INCan

Apéndice 9

FACIT-TS-PS (Versión 4)

Instrucciones: Estas preguntas tratan sobre la calidad de los servicios de atención médica que recibe actualmente, nos gustaría saber su opinión con el fin de ayudar a mejorar los servicios. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales. Por favor, indique una respuesta con una ✓ para cada una de las siguientes preguntas.

		No, nada en absoluto	Sí, pero no tanto como me gustaría	Sí, casi tanto como me gustaría	Sí, totalmente
TS 9	<u>Comunicación con su(s) médico(s)</u> ¿Pudo entender las explicaciones de su(s) médico(s)?	0	1	2	3
TS 10	¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles beneficios de su tratamiento?.....	0	1	2	3
TS 11	¿Su(s) médico(s) le explicó (explicaron) los posibles efectos secundarios o riesgos de su tratamiento?	0	1	2	3
TS 12	¿Tuvo oportunidad de hacer preguntas?	0	1	2	3
TS 13	¿Tuvo la oportunidad de decir lo que era importante para usted?	0	1	2	3
TS 14	¿Su(s) médico(s) parecía(n) entender lo que era importante para usted?	0	1	2	3
TS 16	¿Su(s) médico(s) parecía(n) entender sus necesidades?	0	1	2	3
TS 18	¿Pudo hablar con su(s) médico(s) cuando lo necesitó?	0	1	2	3
TS 27	¿Lo/la motivaron a participar en la toma de decisiones respecto a su atención médica?.....	0	1	2	3
TS 28	¿Tuvo suficiente tiempo para tomar decisiones respecto a su atención médica?	0	1	2	3
TS 30	¿Su(s) médico(s) parecía(n) respetar sus opiniones?	0	1	2	3

Comunicación con el personal de la salud

No, nada en absoluto Sí, pero no tanto como me gustaría Sí, casi tanto como me gustaría Sí, totalmente

TS 19	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar su trabajo habitual (incluidos los quehaceres domésticos)?	0	1	2	3
TS 20	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus actividades diarias habituales (por ej., bañarme, vestirme)?.....	0	1	2	3
TS 21	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectar sus relaciones personales (familiares, amistades, laborales)?.....	0	1	2	3
TS 22	¿El personal a cargo del tratamiento le explicó la manera en que su salud y el tratamiento podrían afectarlo(a) emocionalmente?.....	0	1	2	3

Conocimientos médicos y confianza

No, nada en absoluto Sí, pero no tanto como me gustaría Sí, casi tanto como me gustaría Sí, totalmente

TS 23	¿Le pareció que su(s) médico(s) tenía(n) experiencia en el tratamiento de su enfermedad?	0	1	2	3
TS 24	¿Le pareció que su(s) médico(s) estaba(n) al tanto de los últimos avances médicos sobre su enfermedad?.....	0	1	2	3
TS 25	¿Su(s) médico(s) evaluó su caso y ofreció un tratamiento detallado?	0	1	2	3
TS 36	¿Tuvo confianza en su(s) médico(s)?	0	1	2	3
TS 37	¿Confió en las sugerencias de tratamiento de su(s) médico(s)?.....	0	1	2	3

Comunicación con el personal de enfermería

	No, nada en absoluto	Sí, pero no tanto como me gustaría	Sí, casi tanto como me gustaría	Sí, totalmente
TS 31 ¿Pudo entender las explicaciones del personal de enfermería?	0	1	2	3
TS 32 ¿El personal de enfermería mostró un verdadero interés por usted?	0	1	2	3
TS 33 ¿El personal de enfermería parecía entender sus necesidades?	0	1	2	3

En general

	No	Tal vez	Sí
TS 38 ¿Recomendaría esta clínica, hospital o consultorio a otras personas?	0	1	2
TS 39 ¿Escogería de nuevo esta clínica, hospital o consultorio?	0	1	2

	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
TS 40 ¿Cómo califica la atención que recibió?	0	1	2	3	4

¡Gracias! ¿Tiene algún comentario? _____

Apéndice 10

FACIT-TS-PS Scoring Guidelines (Mexican version 4) – Page 1

- Instructions:*
1. Record answers in "item response" column. If missing, mark with an X
 2. Sum individual items to obtain a score.
 3. Multiply the sum of the item scores by the number of items in the subscale, then divide by the number of items answered. This produces the subscale score.
 4. **The higher the score, the higher the satisfaction.**
 5. Over 50% of the items in a subscale must be completed to receive a valid score.

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	=	<u>Item response</u>
PHYSICIAN COMMUNICATION (PC) <i>Score range: 0-33</i>	TS9	=	_____
	TS10	=	_____
	TS11	=	_____
	TS12	=	_____
	TS13	=	_____
	TS14	=	_____
	TS16	=	_____
	TS18	=	_____
	TS27	=	_____
	TS28	=	_____
	TS30	=	_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 12: _____

Divide by number of items answered: _____

Physician Communication subscale score = _____

TREATMENT STAFF COMMUNICATION (TSC) <i>Score range: 0-12</i>	TS19	=	_____
	TS20	=	_____
	TS21	=	_____
	TS22	=	_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 4: _____

Divide by number of items answered: _____

Treatment Staff Communication subscale score = _____

MEDICAL KNOWLEDGE AND CONFIDENCE (MKC) <i>Score range: 0-15</i>	TS23	=	_____
	TS24	=	_____
	TS25	=	_____
	TS36	=	_____
	TS37	=	_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 3: _____

Divide by number of items answered: _____

Medical Knowledge and Confidence subscale score = _____

Subscale

NURSE	TS31	=	_____
COMMUNICATION (NC)	TS32	=	_____
<i>Score range: 0-9</i>	TS33	=	_____

Sum individual item scores: _____

Multiply by 3: _____

Divide by number of items answered: _____

Nurse Communication subscale score = _____

Items TS38, TS39 and TS40 are currently treated as individual items and are not included in any summary scores.